WIADOMOŚCI TERAPEUTYCZNE

DWUMIESIĘCZNIK LISTOPAD—GRUDZIEŃ

ROK III 1931 NUMER 6

O LECZENIU KAMIENI NERKOWYCH.

Dr. KAHN (Ztschr. f. exp. Path. u. Ther., 17), dr. SPIEGEL (Ber. d. d. pharmazeut. Ges. rocznik 11), prof. STRÜMPELL i prof. SEYFARTH (Podręcznik chorób wewn., 1930, tom. 2), dr. KALK i dr. SCHÖNDUBE (D. M. W. 1926, Nr. 2.), dr. SCHLAYER (M. M. W. 1926, Nr. 40.), dr. LION (Med. Klin. 1927, Nr. 1.), dr. COHN (Z. für ärztl. Fortb. 1929, Nr. 20.), dr. HIRSCH (D. M. W. 1927, Nr. 38.) i in.

Złogi nerkowe składają się najczęściej z kwasu moczowego lub z soli moczanowych (kamienie moczanowe) [1]. Kamienie z kwasu moczowego są twarde, koloru brunatno-czerwonego lub prawie czarnego. Powierzchnia przekroju jest wyraźnie warstwowa, zewnętrznie zaś są one naogół gładkie, chociaż budowy przeważnie nieprawidłowej.

Rzadziej składają się złogi nerkowe ze szczawianu wapnia. Kamienie szczawianowe są nadzwyczaj twarde, koloru ciemno-brunatnego, prawie czarnego; powierzchnia ich jest chropowata, usiana wszelkiego rodzaju guzkami i z tego powodu często nazywa się te kamienie „morwowemi". Powierzchnia przekroju wykazuje czasami budowę promienistą, a nigdy warstwową. Nierzadko zdarzają się również kamienie składające się z naprzemian ułożonych warstw kwasu moczowego i szczawianu wapnia lub posiadające jądro z kwasu moczowego, pokryte następnie warstwą szczawianu wapnia. Kamienie fosforanowe bardzo rzadko składają się wyłącznie z zasadowego fosforanu wapnia lub fosforanu amonowo-magnezowego, częstsze są wtórne, powstałe w zasadowym moczu nawarstwienia fosforanowe na kamieniu pierwotnie moczanowym lub szczawianowym. Również i czyste lub zawierające niewielką ilość węglanu wapnia kamienie fosforanowe przedstawiają przeważnie wtórne skamieniałe złogi, powstałe na podłożu uprzedniego ropienia miedniczek nerkowych i zasadowego rozkładu moczu.

[1]. Jeżeli mały kawałek kamienia starannie rozetrzeć i następnie na szalce porcelanowej z niewielką ilością stężonego kwasu azotowego wyparować proszek na sucho, wówczas po dodaniu amonjaku powstaje czerwono-purpurowa plama, która po dodaniu ługu sodowego zamienia swe zabarwienie na fioletowe (próba mureksydowa na kwas moczowy).

Są one szaro-białe, stosunkowo miękkie i dają się łatwo rozgnieść w palcach. Największe kamienie powstają nie w miedniczkach nerkowych lecz tylko w pęcherzu moczowym. Również jednak i w miedniczkach nerkowych zdarzają się duże kamienie fosforanowe bez jądra z kwasu moczowego. Wszystkie pozostałe rodzaje złogów nerkowych — jasno-żółte kamienie cystynowe, ze świecącą jak wosk powierzchnią, kamienie ksantynowe, węglanowe lub z indygo — są tak rzadkie, że mają jedynie bardzo małe znaczenie kliniczne.

Mousseaux (Rev. mes. des maladies de l'infant 1904) podaje następującą częstość poszczególnych rodzajów kamieni nerkowych:

70 % kamienie moczanowe
16 % kamienie moczanowo-szczawianowe
13 % kamienie fosforanowe
15 % czyste kamienie szczawianowe.

Kamienie cystynowe, ksantynowe, białkowe, węglanowe zdarzają się bardzo rzadko.

Podobne dane podaje również *Mir-Kassimoff* (Z. urol. Chir. 1929, tom 26). Z pośród 150 kamieni (44 czystych i 106 mieszanych) było 35 czystych kamieni moczanowych (= 23,4%), 7 czystych kamieni fosforanowych (= 4,66%) i 2 czyste kamienie szczawianowe (= 1,33%). Z pośród 106 kamieni mieszanych 85 (= 56,33%) miało jądro moczanowe, 18 (= 12%) jądro szczawianowe i 3 (= 2%) jądro fosforanowe. Zabarwienie kamienia [2]) nie daje pewnych wskazówek co do jego składu chemicznego. Według badań *Clive-Newcomb i R. Mc Carrisona* (Ind. med. Res. 1929, tom 16), opartych na analizie 326 kamieni pęcherzowych, składają się one przeważnie z kwasu moczowego, fosforanów, szczawianu wapnia i magnu. Prawie we wszystkich stwierdzano obecność białka, a w niektórych również i amonu, węglanu, siarki i krzemienia. Kamienie z tylko jednego związku były bardzo rzadkie. Tylko kamienie z kwasu moczowego były w 9% czyste. Najczęstsze mieszaniny składały się z moczanów i szczawianów, wzgl. kwasu moczowego (38%). W 83% kamieni znajdywano zawsze kwas moczowy lub moczany. Kamienie, składające się z kwasu moczowego lub moczanów w połączeniu z fosforanami lub szczawianami, wykazywały wyraźną budowę warstwową.

Max Kahn podaje następujący skład chemiczny zbadanych przez niego kamieni moczowych:

---

[2]). Według *Th. Hryńczka* (Aerztl. Praxis 1931, Nr. 3) można jednak często już zewnętrznie na podstawie zabarwienia poznać, czy kamienie moczowe składają się z moczanów, fosforanów lub szczawianów. Brunatne, gładkie kamienie są to kamienie moczanowe; białe lub szare, z szorstką powierzchnią, są to kamienie fosforanowe; czarne lub czarno-brunatne z powierzchnią kolczastą, są to kamienie szczawianowe.

Waga kamienia w g	H_2O	CaO %	P_2O_5 %	Kwas moczowy %	Azot całkowity %
12,5	6,11	37,4	51,59	3,59	0,91
0,51	4,1	94,7	5,3	2,1	1,2
13,98	2,1	29,5	56,2	7,46	4,2
0,60	1,08	63,4	7,3	40,06	27,3
14,99	0,23	94,1	6,1	0,2	1,3
2,45	3,2	72,3	4,3	23,6	12,9
6,18	1,3	90,5	9,01	0,5	4,21
4,03	0,04	91,7	6,4	1,01	0,76
5,77	0,02	94,2	4,6	1,8	1,02
2,89	0,15	81,6	9,5	9,3	3,72
15,91	0,4	73,8	20,1	7,5	3,1
0,93	0,43	80,4	6,5	10,3	4,62
0,16	0,05	91,3	5,23	2,46	1,09
1,61	0,10	70,2	6,9	12,1	4,3
12,35	0,3	90,37	6,21	3,4	2,58
9,76	3,1	91,3	2,1	7,2	5,81

Spiegel zbadał 92 kamienie nerkowe, usunięte na drodze operacyjnej przez prof. *Israela*, i stwierdził następujący ich skład chemiczny: 20 kamieni szczawianowych, 20 fosforanowych, 2 węglanowe, 3 moczanowe, 3 z kwasu moczowego, 1 ksantynowy, 2 cystynowe, 6 szczawianowo-fosforanowych, 1 szczawianowo-węglanowy, 4 szczawianowo-moczanowe, 11 fosforanowo-węglanowych, 3 fosforanowo-moczanowe, 1 fosforanowo-ksantynowy, 4 z kwasu moczowego i moczanów, 2 moczanowo-ksantynowe, 1 z kwasu moczowego, ksantyny i moczanów, 1 szczawianowo-fosforanowo-moczanowy, 1 szczawianowo-węglanowo-moczanowy, 2 fosforanowo-węglanowo-moczanowe, 1 węglanowo-siarkowy, 1 siarkowy. Poza tem w poszczególnych kamieniach stwierdzono następujące części składowe, znalezione w nich w mniejszych ilościach: 7 × szczawiany, 24 × fosforany, 54 × węglany, 13 × siarczany, 15 × moczany, 6 × kwas moczowy, 40 × ksantyna, 4 × tlenek żelaza i 3 × cholesteryna.



Wapniowo-fosforanowy kamień z miedniczek nerkowych (wielkość naturalna, 47 g). Według podręcznika *Volharda i Sufera* „Nerki i drogi moczowe". Nakład J. Springera, Berlin, 1931.

Przyczyna wytwarzania się kamieni [3]) nie jest jeszcze dokładnie wy-

[3]). Istnieje również pogląd, że wytwarzanie się kamieni może być skutkiem braku witaminy A w pożywieniu, gdyż udawało się doświadczalnie przez żywienie pokarmami zawierającemi mało witamin A, wywołać powstanie kamieni w pęcherzu moczowym.

jaśniona; w każdym razie dla odkładania się soli jest zawsze niezbędnie potrzebnem istnienie organicznego rusztowania z białka, złuszczonych nabłonków lub ropy. Według *Lichtwitza* jądro wszystkich kamieni składa się z białkowatych koloidów, wokoło których skupiają się związki kamieniotwórcze; na ich powierzchni znowu krzepną koloidy i w ten sposób przez stale powiększające się strącanie koloidów i wytwarzanie się złogów dochodzi do nawarstwienia kamienia. Wymienione powyżej związki złogotwórcze pochodzą przeważnie z pożywienia, kwas moczowy częściowo również z rozpadu jąder, kwas szczawiowy z pożywienia roślinnego; za powód powstawania kamieni fosforanowych uważa się zasadowy odczyn moczu.



Kamień z pęcherza moczowego, 1646, Norymberga. Muzeum Germańskie.

R o z p o z n a n i e nie p r z e d s t a w i a naogół większych t r u d n o ś c i. Kolka nerkowa, obecność w osadzie moczowym odpowiednich kryształów, a podczas napadu również krwi i ropy, wskazują na rozpoznanie kamicy nerkowej. Jeżeli jednak poprzednio nie było typowych napadów, a badanie moczu nie daje dostatecznych podstaw dla rozpoznania, wówczas bardzo cennemi mogą się okazać wywiady. Bóle promieniujące do pęcherza moczowego i narządów płciowych, wrażliwość na ucisk okolicy nerek, mikroskopowe badanie moczu mogą ułatwić rozpoznanie. Wreszcie badanie rentgenowskie, zwłaszcza gdy się stosuje dla uzyskania wyraźniejszego obrazu nowoczesne środki kontrastowe, umożliwia nam pozyskanie ścisłych danych rozpoznawczych.

Leczenia chirurgicznego kamicy nerkowej nie będziemy tu bliżej omawiać, a ograniczymy się do krótkiego opisu metod terapji dietetycznej i le-

karstwowej.[4]). Jeżeli u chorego stwierdzamy jedynie obecność piasku w moczu, wówczas należy przedewszystkiem zalecić ogólne przepisy dietetyczne: ograniczyć nadmierne spożywanie pokarmów, zabronić spożywania większych ilości mięsa, a zwłaszcza pokarmów, obfitujących w związki nukleinowe oraz zakazać spożywania kwaśnych potraw. Wskazanem natomiast jest spożywanie obficie owoców i jarzyn, a poza tem również i mleka. Napojów wyskokowych należy zupełnie zabronić lub pozwolić jedynie na niewielką ilość. Przy kwaśnym odczynie moczu dąży się przeważnie do tego, aby przez podawanie zasad złagodzić odczyn moczu i zmniejszyć wydzielanie kwasu moczowego. Według podręcznika *Strümpell - Seyfartha*, tom 2, wskazane są wodne roztwory Natrii biphosphorici (5 do 15 g), Natrii bicarbonici (5 do 10 g) lub Lithii carbonici (kilka razy dziennie po 0,1 do 0,5 g), woda kwasowęglowa lub limonjady owocowe. Z pośród naturalnych wód mineralnych zaleca się cały szereg dobrych wód alkalicznych: Fachingen, Vichy, Karlsbad, Wildungen, Neuenahr, Salzbrunn i inne. Usiłowania powiększenia rozpuszczalności kwasu moczowego doprowadzały wielokrotnie do wypróbowania środków rozpuszczających kwas moczowy, jak piperazina i heksametylenotetramina; *Strümpell* jednak jest zdania, że skuteczność tych leków jest bardzo wątpliwa. W ostatnich latach próbowano również wydalić kamień zapomocą stosowania odpowiednich leków[5]). *Kalk, Schöndube* i *Schlayer* usiłowali wydalić mniejsze kamienie przez wzmocnienie perystaltyki moczowodów. Postępowanie to jest jednak stosunkowo bolesne i z tego powodu zaproponowano, aby przy kamieniach, które ze względu na swą wielkość będą przypuszczalnie wstanie przejść przez moczowód, stosować znieczulenie paravertebralne. *Lion* dokonywał

---

[4]). W r. 1928 ukazała się nakładem Püttmanna w Stuttgarcie książka *Naratha* pod tytułem: „Gotowane i surowe pożywienie chorych na nerki i pęcherz moczowy". Autor wylicza różne pokarmy wzbronione dla chorych cierpiących na kamienie z kwasu moczowego lub szczawiowego. Przy kamieniach szczawianowych nie wolno przedewszystkiem podawać szpinaku, rabarbaru, jarzyn głowiastych, szczawiu i kakao; bardzo pomyślnie natomiast działają mineralne wody zasadowe. Przepisów dla leczenia rzadko zdarzających się kamieni cystynowych niema. Przy kamieniach fosforanowych wskazanem jest podawanie kwasów (kwasu mlecznego, fosforowego, solnego i salicylowego), względnie kwaśnych wód (Göppinger Sauerbrunnen, Wildungen-Helenenquelle i t. d.). Według *Badanesa* (Dental Cosmos 1929) działanie wielu wód mineralnych przy oksalurji i kamieniach ze szczawianu wapnia polega na ich zawartości magnu. Sole magnowe mają jakoby rozpuszczać szczawian wapnia: 5 g chlorku magnu — 0,9 mg szczawianu wapnia. *Badanes* przypuszcza nawet, że na podstawie ilościowego określenia wydzielonego w ciągu 24 godzin w moczu szczawianu magnu, można przepowiedzieć czas niezbędny dla rozpuszczenia kamienia nerkowego znanej wielkości.

[5]). W poszczególnych przypadkach zauważono, jakoby gliceryna okazywała na kamienie wpływ rozpuszczający. Na podstawie badań z r. 1926 należy przypuszczać, że twierdzenie to z teoretycznego punktu widzenia może być słuszne, lecz praktycznie ilość rozpuszczonych soli wapniowych jest tak mała, że o rozpuszczeniu kamieni wogóle mowy być nie może *(Frida Hansen i B. Kamm*, Bioch. Ztschr. 1926, tom 173).

tego znieczulenia zapomocą Tutocainy, a *Cohn* zapomocą Novocainy. Okazało się, że pod wpływem tego postępowania nietylko łagodniały bóle, lecz ustępował również i skurcz gładkich mięśni, otaczających kamień. Naogół jednak stosuje się leczenie wyłącznie objawowe. W przypadkach nieżytu pęcherza moczowego podaje się zwykle preparaty heksametylenotetraminy: (Helmitol, Acidolamin i t. d.). Przy krwawieniach wstrzykuje się dożylnie 10%-owy roztwór soli kuchennej oraz podskórnie żelatynę lub preparaty sporyszu, przeważnie jednak bez większego wyniku. Dla zwalczania bólów stosowano dawniej, może nawet zbyt szeroko, preparaty makowca; tymczasem jednak stwierdzono, że również i łagodniejsze środki mogą uśmierzyć bóle prawie tak samo dobrze jak morfina. Tak np. Novalgina (*Hirsch*, D. M. W. 1927, Nr. 38, *Cohn*, Ztschr. f. ärztl. Fortb. 1929, Nr. 20) oraz Luminal (*Blumenthal*, Med. Klinik 1929, Nr. 23), sprawiały chorym podczas ataku kamicy nerkowej nadzwyczajną ulgę.

Hirsch opisuje nawet chorych, którzy reagowali na dożylne wstrzykiwania Novalginy lepiej niż na morfinę.

Perlmann (D. M. W. 1931, Nr. 21) donosi, że stosował on Novalginę w przeszło 100 przypadkach kolki nerkowej i że prawie zawsze sprawiała ona chorym znakomitą ulgę. Również i *Einzig* (D. M. W. 1931, Nr. 23) stosował Novalginę z powodzeniem.

Wymienione powyżej sposoby leczenia wewnętrznego nie dają jednak trwałych wyników, gdyż zwalczają one jedynie objawy, a nie samą przyczynę tworzenia się kamieni.

Dr. J. KLEEBERG, Klinika chor. wewn. uniwersytetu w Frankfurcie n. Menem.

W SPRAWIE FIZYCZNO-CHEMICZNYCH WARUNKÓW ODKAŻANIA MOCZU

(Referat według Zbl. f. Bakteriol., Parasitenkunde u. Inf. Krht. 1929, tom 112, z. 5).

Dla leczenia zapaleń dróg moczowych wchodzą w rachubę nietylko lekarstwa, lecz również i zmiana odczynu moczu. Często udaje się zapomocą określonej diety zamienić zasadowy odczyn moczu na kwaśny. Zakwaszenie moczu wzmaga ponadto działanie niektórych leków. Na klinice *Volharda* w przypadkach zakażenia miedniczek nerkowych i pęcherza moczowego prątkami okrężnicy stosuje się już oddawna dietę + odkażanie. Jako dietę zakwaszającą podaje się: owsiankę, chleb, mięso, mało płynów; jednocześnie heksametylenotetraminę i kwas fosforowy lub chlorek amonu. Podczas dni zasadowych daje się kartofle, jarzyny, mleko, jednocześnie Helmitol i Natrium bicarbonicum. Na tej diecie pH moczu wahało się od 5,2 — 8,0 (przeciętnie 5,4 — 7,8). Podawanie heksametylenotetraminy podczas dni zasadowych nie ma żadnego wskazania, gdyż preparat ten odszczepia for-

maldehyd tylko w odczynie kwaśnym, co warunkuje całe odkażenie. W zupełnie podobny sposób zachowuje się również i Salol.

W przeciwstawieniu do zwykłej heksametylenotetraminy Helmitol działa odkażająco zarówno w środowisku zasadowem jak i kwaśnem. Dla zbadania porównawczego dokonano szeregu doświadczeń nad prątkami okrężnicy, przyczem porównywano działanie różnych stężeń obu leków z hamującemi rozwój prątków własnościami roztworu kwasu karbolowego 1 : 400. Dokładne doświadczenia przy określonem pH wykazały, że wszystkie rureczki z pH 4,4 pozostały jałowe. Heksametylenotetramina w rozcieńczeniu 1 : 500 hamowała rozwój do pH 6,9, podczas gdy Helmitol w tem samem rozcieńczeniu okazywał takie same działanie jeszcze przy pH 7,3. Tablice Nr. 1 i Nr. 2 przedstawiają nam szczegółowe dane doświadczeń, zaś tablica Nr. 3 optymalne pH różnych bakteryj:

1. Doświadczenie z zahamowaniem rozwoju.

Buljon	4 cm³	4 cm³	4 cm³	4 cm³	4 cm³	4 cm³	4 cm³	4 cm³
Fizjologiczny roztwór NaCl	—	0,5	0,75	—	0,5	0.75	0,9	1,0
Heksametylenotetramina	1,0	0,5	0,25	1,0 1/10 roztwór	0,5 1/10 roztwór	0,25 1/10 roztwór	0,1 1/10 roztwór	—
Rozcieńczenie	1:100	1:200	1:400	1:1000	1:2000	1:4000	1:10000	
Wzrost (24 g.)	—	—	—	—	—?	+	+	
po 48 g.	—	—	—	—	—	+	+	
To samo z Helmitolem								
po 24 g.	—	—	—	—	—?	+	+	
po 48 g.	—	—	—	—	—	+	+	
To samo z 5% kwasem karbolowym								
po 24 g.	—	—	—	+	+	+	+	
po 48 g.	—	—	—	+	+	+	+	

2.

Heksametylenotetramina				Helmitol			
		Rozwój				Rozwój	
Rozcieńczenie	pH	1 dzień	2 dni	Rozcieńczenie	pH	1 dzień	2 dni
1:500	7,3	+	+	1:500	7,3	—	—
1:500	7,0	+?	+?	1:500	7,0	—	—
1:500	6,3	—	—	1:500	6,3	—	—
1:1000	7,3	+	+	1:1000	7,3	—	—
1:1000	7,0	(+?)	+	1:1000	7,3	—	—
1:1000	6,3	—	—	1:1000	6,3	—	—
1:2000	7,3	+	+	1:2000	7,3	+	+
1:2000	7,0	+	+	1:2000	7,0	+	+
1:2000	6,3	+	+	1:2000	6,3	+	+
1:500	6,9	—	—				

(Badania kontrolne z samym roztworem pH 4,4 wszystkie pozostały jałowe).

3. Graniczne i optymalne stężenia jonów wodorodowych dla niektórych bakteryj.

	Minimum	Optimum	Maximum
Bact. coli	pH 4,4	pH 6,5	pH 7,8
„ typhi	6,2	7,0	7,6
„ paratyphi A	4,5	6,7	7,8
„ „ B	4,5	6,8	8,0
„ dysenteriae (Shiga)	—	7,2—7,8	—
„ enteritidis	—	7,0—8,2	—
„ faecalis alcaligenes	—	8,0—8,8	—
„ pyocyaneus	5,6	6,8	8,0
„ proteus	4,4	6,5	8,4
Streptococcus pyogenes	5,5	6,5	8,0
Staphylococcus pyogenes aureus	5,6	7,4	8,1

Badania wykazały więc, że Helmitol działa odkażająco zarówno w roztworze kwaśnym jak i zasadowym i stosowanie jego ma z tego względu duże znaczenie pomocnicze przy dietetycznem leczeniu zakażeń dróg moczowych prątkami okrężnicy.

Dr. ARTUR BLATT, specjalista chorób wewnętrznych. — Lwów.

LECZENIE ROPNI PŁUCNYCH TRYPAFLAVINĄ.

Leczenie ropni płucnych polega przeważnie na stosowaniu silnych środków odkażających drogi oddechowe, jak np. myrthol, ol. Terebinthinae i t. p. oraz środków bakterjobójczych, z których z najlepszym dotychczas skutkiem działa Neosalvarsan (Novarsenobenzol). W przypadkach, w których leczenie wewnętrzne zawodzi, uciekamy się do zabiegów, jak: odma sztuczna, a nawet thorakoplastyka.

Mało dotychczas znanem jest w tych przypadkach działanie bakterjobójcze Trypaflaviny, którą oddawna podaje się z dobrym skutkiem w wielu innych schorzeniach.

Przypadek niżej opisany niech świadczy o tem, jak nie należy zbytnio spieszyć się z oddawaniem chorego na ropień płucny do zabiegu operacyjnego, lecz wyczerpać wprzód wszelką możliwą terapję wewnętrzną.

J. S., lat 41, kuśnierz, od kilkunastu lat cierpi na przewlekły nieżyt oskrzeli z napadami dychawicy oskrzelowej. Ostatnio po przeziębieniu wystąpiły dreszcze, gorączka do 39° i bóle w prawym boku, a po kilku dniach pojawiła się cuchnąca plwocina. Przyjęty do szpitala w stanie ciężkim, ciepłota stale podwyższona do 39°, często dreszcze; plwocina obfita do 3 szklanek na dobę, cuchnąca, z domieszką krwi. Badanie plwociny obecno-

ści laseczników Kocha ani włókien sprężystych nie wykazało. W płucach na całej przestrzeni świsty i furczenia, pod prawą pachą przytłumienie oraz nieliczne wilgotne rzężenia drobnobańkowe.

Prześwietlenie promieniami Rentgena: szczyt prawy mniej powietrzny, cienie przywnękowe zagęszczone, po stronie prawej przy boczno-tylnej ścianie klatki piersiowej ocienienie intensywne, nierównomierne, o granicach nieostrych, sięgające, licząc od przodu, od 3-go do 5-go żebra. W śródku tego zagęszczenia wyraźne wyjaśnienie, na którego dnie stwierdza się nieco płynu. Po upływie tygodnia: jama wyżej opisana do połowy wypełniona płynem o poziomem niveau.

Badanie krwi wykazało mierną leukocytozę z nieznacznem przesunięciem na lewo, ciałek czerwonych 4,200,000, wskaźnik 0,9, szybkość opadania 32′ (Linzenmeyer), odczyn Wassermanna ujemny. Badanie moczu: przejściowo ślad białka i ślad cukru, urobilinogen wzmożony.

W czasie prawie dwumiesięcznego pobytu w szpitalu stan chorego mimo energicznego leczenia (myrthol, emetyna, Neosalvarsan) nie poprawił się, wobec czego po naradzie z chirurgiem chory został zakwalifikowany ze względu na łatwy dostęp do ogniska ropnego w płucu, do zabiegu operacyjnego. Wobec tego jednak, że pacjent na zabieg się nie zgodził, wypisano go ze szpitala.

Badałem chorego w tydzień po wypisaniu ze szpitala; stan jego był bardzo ciężki: skóra blada z odcieniem żółtaczkowym, wychudzony, gorączka 39°, dreszcze kilka razy dziennie, ciągły kaszel z ropiastą cuchnącą plwociną, wykrztuszaną w ilości do 200 cm^3 na dobę, brak apetytu, bezsenność, silne poty. Wobec stanowczego oświadczenia chorego i jego rodziny, że nie zgadzają się na zabieg operacyjny, zdecydowałem się na dalsze leczenie wewnętrzne. Ponieważ podczas ostatniego mego pobytu zagranicą widziałem kilka analogicznych przypadków skutecznie leczonych przy pomocy Trypaflaviny, zacząłem również i w tym przypadku podawać Trypaflavinę w postaci zastrzyków dożylnych po 10 cm^3 2%-owego roztworu co 2 — 3 dni. Po piątem wstrzyknięciu nastąpił, że się tak wyrażę, silny wstrząs organizmu i chory po stoczeniu ciężkiej walki z bakterjami chorobotwórczemi zaczął powoli powracać do zdrowia. Po 8 wstrzykiwaniach stan chorego poprawił się znakomicie: w ciągu 2 tygodni pacjent opuścił łóżko, przybrał na wadze i wrócił wreszcie do swej pracy zawodowej.

Chorego widziałem ostatnio (6 miesięcy po przebyciu choroby) w stanie zupełnie dobrym.

Ten jeden przypadek nie może, oczywiście, świadczyć o zawsze bezwzględnie skutecznem działaniu Trypaflaviny przy ropniach płucnych, jednakowoż zdaje mi się, że warto w każdym podobnym przypadku spróbować — obok innych środków — podawania Trypaflaviny, przyczem można spodziewać się dodatnich wyników.

O DZIAŁANIU LECZNICZEM JODU.

Według prac HEFFTERA, MEYERA-GOTTLIEBA, POULSSONA i t. d.

Pomimo że jod jest jednym z najdawniej stosowanych leków, to jednak sposobu jego działania nie udało się jeszcze poznać z całą dokładnością. Znamy, coprawda, jego wpływ na zwierzęta i wiemy na czem polegają objawy, określane zwykle jako typowe działanie jodu, — lecz nie wiemy pod jaką postacią działa jod wśród swych licznych możliwych połączeń organicznych i nieorganicznych. Przypuszcza się obecnie, że wszystkie związki jodowe są o tyle czynne, o ile mogą uwolnić zawarty w nich jod. Jodek potasu utlenia się bardzo szybko i dlatego też działa o wiele prędzej niż jodek sodu lub takie połączenie jodowe, które uwalnia swój jod powoli. Tem się również tłumaczy, że jodek potasu wywołuje o wiele prędzej objawy wtórne. Właśnie w celu uniknięcia tych wtórnych objawów działania jodu usiłowano wytworzyć związki jodowe (białkowe lub tłuszczowe), któreby odszczepiały zawarty w nich jod możliwie powoli i stopniowo. Cel ten jednak często przekraczano i wytwarzano połączenia, w których jod był związany tak mocno, że preparat stawał się praktycznie nieczynny. Właściwy związek znaleziono dopiero wtedy, gdy zamiast łączyć jod jak dotychczas z węglem, połączono go z azotem: połączenie to, znane pod nazwą Endojodiny, zajmuje miejsce środkowe między jodkiem potasu, o zbyt dużej sile działania, i innemi preparatami, zbyt słabemi.

Jod działa, mówiąc ogólnie, na zjawiska odżywiania komórkowego, na przemianę materji. W doświadczeniach na zwierzętach stwierdzamy, że jod wywołuje zmniejszenie się wagi, czyli wzmożenie spalania i pobudza zjawiska kataboliczne, co można poznać między innemi również i na podstawie zwiększonego wydalania ciał azotowych w moczu. Czy ten wpływ na przemianę materji zależy bezpośrednio od jodu, nie jest jeszcze ostatecznie rozstrzygnięte. Można bowiem również przypuścić, że przynajmniej część jodu działa za pośrednictwem tarczycy. Czy należy poza tem uważać, że jod działa głównie na tkanki chorobowe zmienione? Nie ulega wątpliwości, że działanie desasymilacyjne jodu przejawia się przedewszystkiem w zakresie tkanek patologicznych. Po podaniu jodu choremu, nagromadza się on zwłaszcza w tkankach chorych. To „powinowactwo" jodu jest pochodzenia czysto fizycznego: tkanki chorobowe mają odczyn bardziej kwaśny niż tkanki normalne, co ułatwia adsorbcję jodu. W ten właśnie sposób możemy sobie wytłumaczyć pomyślny wpływ leczniczy Endojodiny, Yatrenu 105, Sajodiny i t. d. w tak różnych chorobach jak gruźlica, kiła, promienica i miażdyca.

Przy leczeniu kiły usuwa jod niektóre objawy wyłącznie przez swe oddziaływanie na tkanki, a nie przez swój wpływ na samą chorobę. Toż samo

dotyczy raka: Alival i Endojodina mogą wpłynąć dodatnio na niektóre objawy, lecz nie są wstanie okazać istotnego działania leczniczego.

Podczas gdy przy gruźlicy i kile jod wywiera swój wpływ na skutki choroby, to przy promienicy działa on bezpośrednio na sam czynnik chorobotwórczy. Rokowanie promienicy zależy częściowo od jej umiejscowienia. Jeżeli oprócz ogólnego leczenia dożylnego jodem w postaci wstrzykiwań Endojodiny lub Yatrenu 105 jesteśmy wstanie zastosować jednocześnie również i leczenie miejscowe (przemywania Yatrenem 105 i t. d.), wówczas widoki wyleczenia podnoszą się do 100%. Co się tyczy promienicy płuc, to rokowanie jej było dotychczas bardzo wątpliwe. Ostatnio zaś donoszą o pomyślnych wynikach otrzymanych zapomocą jednoczesnego leczenia Endojodiną i Yatrenem.

Wiadomości nasze o działaniu jodu przy miażdżycy są ciągle jeszcze bardzo skąpe. Według niektórych autorów działanie jodu polega na zmniejszaniu lepkości krwi i ciśnienia tętniczego — przypuszczenie mające może pozory słuszności, lecz nie oparte na dostatecznych danych. Inni autorzy, opierając się na danych farmakodynamicznych, uważają, że głównym czynnikiem działania jodu jest rozszerzenie naczyń włoskowatych i całego układu krwionośnego i tem właśnie ma się tłumaczyć wpływ jodu na miażdżycę — pogląd ten również nie jest bynajmniej powszechnie uznany. Powstaje pytanie, czy jod działa bezpośrednio na zmienioną miażdżycowo tkankę. Wiadomo jednak z pewnością, że złogi wapnia, już powstałe w ścianie naczyń, nie dadzą się usunąć nawet przez najenergiczniejsze leczenie jodem. Leczenie to nie jest leczeniem przyczynowem i dlatego też należy je stosować stale. Z tych właśnie względów wskazanem jest podawać preparaty łagodniejsze, nie okazujące działania zbyt energicznego. Takimi właśnie preparatami są np. Desencina, połączenie jodu ze składnikami zwalniającemi skurcze naczyniowe, Sajodina lub ewent. Endojodina.

Dawniej stosowano jod miejscowo o wiele częściej niż obecnie. Działanie zewnętrznie stosowanego jodu polega na podrażnieniu skóry i rozszerzeniu w związku z tem naczyń. Już w kilka godzin po nasmarowaniu skóry jodem stwierdza się przesięk surowicy z przenikaniem leukocytów i to nietylko w obrębie skóry, znajdującej się bezpośrednio pod wpływem jodu, lecz również i w położonej głębiej tkance podskórnej, mięśniowej i nawet w okostnej. Po kilku dniach ciałka białe i niektóre tkanki ulegają zwyrodnieniu, rozpływają się, a następnie wchłaniają: w ten właśnie sposób odbywa się wchłanianie niektórych spraw chorobowych. Dla leczenia miejscowego stosowano dotychczas przeważnie nalewkę jodową. Wywołuje ona jednak częstokroć zbyt silne podrażnienie powłok, niszczy i brudzi bieliznę, a poza tem, jak to wykazały bardzo dokładne badania, najwyżej 20% jodu wchłania się przez skórę. Z tych względów zamiast jodu nieorganicznego, stosuje się obecnie dla celów zewnętrznych przeważnie organiczne połącze-

nie jodu, a mianowicie Jothion. Jothion wchłania się do 40%, nie zanieczyszcza bielizny i prawie nigdy nie wywołuje objawów jodzicy. Poza tem Jothion pozostaje w ustroju dłużej niż jod lub jodki alkaljów. Wyższość Jothionu uwidacznia się jeszcze bardziej przy stosowaniu go na błonach śluzowych, bardzo wrażliwych na działanie nalewki jodowej. Jothion, w przeciwstawieniu do jodyny, nie drażni śluzówek, *zwłaszcza w dentystyce*, nie posiada przykrego smaku i nie wywiera żadnego wływu na zęby.

Jod nieorganiczny wydziela się całkowicie z ustroju człowieka zdrowego w ciągu 24 godzin, natomiast przy stosowaniu związków organicznych, jak np. Jothionu, pozostaje w organiźmie przez 96 godzin, czyli że Jothion nietylko wchłania się lepiej niż jodyna, ale również i działanie jego trwa przez czas znacznie dłuższy. Jod nie wydziela się zresztą tylko przez nerki: przenika on również do potu, do mleka, do płynu mózgowo-rdzeniowego, do śliny, a zwłaszcza do błon śluzowych. Ukazanie się jodu w ślinie, żółci lub moczu wykorzystuje się poza tem jako metodę badania klinicznego; — określanie ilościowe jodu w moczu przedstawia jedną z prób czynnościowych nerek. Jod drażni błony śluzowe, przez które się wydziela i dzięki temu rozrzedza wydzielinę oskrzeli. Podajemy go w tym celu chętnie w przebiegu nieżytów oskrzeli z trudnem wykrztuszaniem. Nadmierne wydalenie jodu (jodku potasu) przez śluzówki może wywołać objawy jodzicy: nieżyt oskrzeli i katar nosa. Jod wydziela się prawie całkowicie; zaledwie bardzo nieznaczna jego część może pozostać w tarczycy pod postacią tyroksyny.

Przy działaniu miejscowem jodu należy również uwzględniać jego działanie odkażające; początkowo stosowanie nalewki jodowej miało zresztą na celu wyłącznie tę własność odkażającą. Działanie to polega, prawdopodobnie, na połączeniu jodu z białkami, gdyż wytworzenie się białczanów jodu uniemożliwia wszelkie objawy życiowe. Jod, a również i Jothion, stosuje się więc często przy pasorzytniczych chorobach skóry. Szczególnie pomyślne wyniki osiąga się przy wywołanym przez swoisty grzybek łupieżu pstrym (Pityriasis versicolor). Wspominaliśmy również o działaniu jodu na grzybki promienicy. Pomyślne działanie odkażające jodu przejawia się również i na błonach śluzowych i dlatego zwłaszcza dentyści stosują go chętnie dla odkażania dziąseł przed wstrzyknięciem.

Preparatem jodowym dawniej bardzo szeroko stosowanym jest jodoform. Jodoform sam przez się nie jest właściwie środkiem odkażającym — lecz przy stosowaniu go na powierzchni ran lub owrzodzeń rozpuszcza się w wydzielinie i uwalnia jod. Stosowanie jodoformu było tak często powodem zatruć, że obecnie stosuje się go bardzo rzadko.

Odnośnie do własności trujących zażytej do wewnątrz jodyny, to ustrój ludzki znosi dawki 10 do 20 g, natomiast 30 g przedstawia dawkę już śmiertelną. Leczenie zatrucia jodyną polega na podawaniu białka lub wody biał-

kowej, które łącząc się z jodem wytwarzają obojętne białczany, oraz na podawaniu znacznej ilości związków zasadowych. Przy trądziku i pęcherzycy jodowej leczenie może być wyłącznie objawowe.

Gdy wskutek długotrwałego leczenia jodem dochodzi do charłactwa jodowego z biciem serca i niemiarowem tętnem (niewątpliwie na tle nadczynności tarczycy), można próbować Luminalu oraz związków arsenowych (Solarson, Elarson).

Zupełne i niezawodne uniknięcie we wszystkich przypadkach objawów wtórnych wydaje się rzeczą niemożliwą, nawet przy korzystaniu z najlepszych preparatów jodowych. Niektórzy lekarze uważają nawet, że związki jodowe, które nigdy i w żadnych warunkach nie wywołują jodzicy, są wogóle z leczniczego punktu widzenia nieczynne. Jod w tych preparatach jest związany tak mocno, że uwolnienie się go staje się niemożliwe. Przetwory takie mogą być jednak bardzo cenne z innego punktu widzenia, a mianowicie możemy je wykorzystać jako środki kontrastowe dla celów rentgenograficznych. Jeżeli połączyć jod ze związkami, które wydzielają się przez nerki lub wątrobę, wówczas po upływie krótszego lub dłuższego czasu otrzymujemy dokładny obraz rentgenowski tych narządów. Stosuje się więc specjalne oleje jodowe dla radjografji płuc i rdzenia kręgowego, związki jodofenolftaleinowe dla pęcherzyka żółciowego i przetwory jodowe, wydzielające się przez nerki, dla uwidocznienia na kliszy dróg moczowych. Jednym z ostatnich postępów w dziedzinie diagnostyki urologicznej jest wprowadzenie do powszechnego użytku preparatu jodowego, Abrodilu. Abrodil przedstawia biały, bezwonny, krystaliczny proszek, pod względem zaś budowy chemicznej jest to jednojodometano-sulfonian sodowy. Zawartość jodu wynosi 52%. Jod jest w cząsteczce Abrodilu związany w postaci organicznej tak mocno, że nie reaguje wcale ani z kwasem azotowym lub siarkowym ani z azotanem srebra. W zwykłej temperaturze Abrodil rozpuszcza się w wodzie do 70% — roztwór można wyjaławiać i przechowywać, przyczem nie ulega on żadnym zmianom. Tolerancja dożylnych wstrzykiwań Abrodilu jest prawie taka sama jak odpowiedniej ilości NaCl, a o wiele lepsza niż jodku sodu w dawce zawierającej jednakową ilość jodu. Nawet po dużych dawkach Abrodilu nie można wykazać w moczu obecności wolnego jodu. Abrodil wcale nie drażni nerek i w moczu nigdy nie stwierdza się obecności białka ani żadnych składników patologicznych.

Spostrzeżenia na ludziach wykazały zupełną nieszkodliwość Abrodilu. Stosowany w dawkach 15 — 20 g, zupełnie wystarczających dla otrzymania dobrego zdjęcia, Abrodil nie wywołuje żadnych objawów działania ubocznego. Zdjęcia najlepiej dokonać w 15 — 20 minut po wstrzyknięciu. Przygotowanie roztworu do wstrzykiwań jest bardzo proste: 15 — 20 g Abrodilu rozpuszcza się w 50 — 100 cm^3 wody przekroplonej, sączy się i wyjaławia przez zagotowanie.

Na zakończenie omówimy tu w krótkości jeszcze wpływ jodu na gruczoł tarczowy. Wiemy doskonale, że niektóre objawy działania jodu na ustrój dochodzą do skutku nie bezpośrednio, a jedynie za pośrednictwem tarczycy. Wiemy również, że w różnych stanach chorobowych jod i wyciągi z tarczycy działają w sposób jednakowy. U kijanek tarczyca wywołuje przedwczesne dojrzewanie, lecz zwierzęta pozostają małe. U zwierząt ssących możemy badać wpływ tarczycy albo usuwając ją, albo też podając wyciągi z tarczycy. Przy podawaniu tarczycy stwierdza się, podobnie jak u kijanek, przedwczesne dojrzewanie z utratą wagi — po usunięciu zaś tarczycy następuje otłuszczenie i upośledzenie inteligencji. Te dwa wprost przeciwne stany znajdujemy zresztą również i w patologji ludzkiej pod postacią choroby Basedowa i obrzęku śluzakowatego lub kretynizmu.

Stosunki między jodem i tarczycą nie opierają się wyłącznie na doświadczeniach fizjologicznych, wiemy bowiem, że hormon tarczycy zawiera znaczną ilość jodu. Synteza tyroksyny, która zawiera 15% jodu, dowiodła słuszności dawnych zapatrywań.

Z tego krótkiego ogólnego przeglądu widzimy, że jod znajduje duże i różnorodne zastosowanie w medycynie. Nowe badania rozszerzą niewątpliwie jeszcze bardziej zakres wskazań do stosowania jodu i określą ściśle przypadki, w których go można podawać z korzyścią dla chorego.

Dr. WOJSŁAW MICHAJŁOWICZ, kierownik oddziału chorób skórnych Szpitala Państwowego w Białogrodzie.

O LECZENIU ŁUSZCZYCY WYCIĄGIEM Z BLASZEK ŁUSZCZYCOWYCH.

(Referat według Terepeutski Vjesnik, Nr. 4 — 1931).

W pracy swej, wygłoszonej na Zjeździe dermatologów słowiańskich w Białogrodzie w r. b., autor zdaje sprawę z wyniku leczenia łuszczycy wyciągami z blaszek łuszczycowych. Wyciągi te przygotowywano w sposób następujący: ognisko chorobowe, na którem stwierdza się największą ilość wykwitów skórnych, zmywa się gorącym rozczynem fizjologicznym. Następnie zwykłą pincetą zdejmuje się starannie łuski, rozciera je dokładnie w moździerzu, poczem przechowuje się je w próbówkach zawierających kwaśny roztwór fizjologiczny (1,5% roztworu HCl). Następnie dodaje się nieco pepsyny (1 cm^3 pepsyny na 100 cm^3 soli fizjologicznej) i chloroformu (5 cm^3 na 100 cm^3 roztworu), poczem wstawia się próbówki do termostatu o ciepłocie 37° C na 12 do 14 dni. Po upływie tego czasu roztwór sączymy, dodajemy nieco chloroformu i pozostawiamy w miejscu chłodnem i ciemnem. Do pozostałości łusek dodajemy soli fizjologicznej lekko zasadowej + roztwór normalny Na_2CO_3 aż do odczynu zasadowego,

nieco trypsyny (1 : 100) i chloroformu (5 : 100), poczem całą tę mieszaninę stawiamy do termostatu o ciepłocie 37° C na 12 do 14 dni. Po upływie tego czasu znowu sączymy, drugi przesącz mieszamy z pierwszym, doprowadzamy odczyn do stanu obojętnego lub słabo zasadowego, odparowujemy chloroform, sączymy, wyjaławiamy trzykrotnie przez 20 minut w ciągu 3 dni w autoklawie o ciepłocie 110° C.

Po każdem wyjałowieniu sprawdza się odczyn, a w razie gdyby płyn okazał się mętny, należy go znowu przesączyć.

Wyjałowiony płyn przelewa się do ampułek i znowu wyjaławia go trzykrotnie w ciągu 3 dni, umieszczając go na 20 minut w autoklawie o ciepłocie 110°. W okresie między wyjałowieniami wyciąg, czy to w butelkach czy w ampułkach, przechowuje się w termostacie o ciepłocie 37° C.

Przed użyciem sprawdza się jeszcze jałowość bądź na zwierzętach, bądź na chodowlach buljonowych. Całe przygotowanie trwa ogółem około 32—35 dni. Sposób powyższy otrzymywania wyciągu został opracowany przez prof. *Joannowicza*.

Autor leczył omawianym wyciągiem 21 chorych i na podstawie swego doświadczenia doszedł do następujących wniosków:

1. Wstrzykiwania podskórne wyciągu nie wywołują żadnego odczynu, ani ogólnego, ani miejscowego.

2. Wszyscy chorzy początkowo odczuwali swędzenie nieco silniejsze niż zwykle. Łuski oddzielają się o wiele prędzej i łatwiej.

3. Zdejmowanie łusek podczas leczenia nie wywołuje charakterystycznego punkcikowego krwawienia; nacieczenie zajętej skóry jest o wiele mniejsze.

4. Ruchy w stawach, które z powodu obecności obszernych wykwitów i silnego nacieczenia skóry, były prawie niemożliwe lub bolesne, stają się pod wpływem leczenia zupełnie łatwe i nie sprawiają żadnych dolegliwości.

5. Na miejscach, gdzie zniknęły wykwity, powstaje leukoderma psoriaticum, objaw naogół bardzo rzadki, zwykły natomiast przy leczeniu wstrzykiwaniami wyciągów z łusek.

6. Ustępowanie wykwitów zaczyna się zwykle na głowie, następnie na piersiach i brzuchu. Najuporczywiej trzymają się łuski na łokciach i kolanach, jak to zresztą bywa i przy innych sposobach leczenia.

7. Wstrzykiwań podskórnych dokonywano codziennie lub co 3 do 5 dni w dawkach po 1,5 do 10 cm^3. Żadnego odczynu nigdy nie było. Wyciąg przygotowany z łusek jednego chorego można również zastosować i u innego. Wydaje się jednak, że wyniki po własnych łuskach są lepsze niż po obcych.

8. Leczenie wyciągami z łusek nie zapobiega nawrotom.

Co do sposobu działania leczniczego wyciągu, autor przypuszcza, że działa on albo jako pewien rodzaj szczepionki, albo też można go uważać za szczególną postać proteinoterapji. Autor jest zdania, że jego sposób le-

czenia łuszczycy, aczkolwiek istotnie jeszcze niedoskonały, zasługuje jednak na większą uwagę, gdyż może przez dalsze opracowanie metody uda się osiągnąć wyniki lepsze i bardziej trwałe.

Prof. dr. L. KREHL. Klinika chor. wewn. Uniw. Badeńskiego w Heidelbergu.

O LECZENIU DURU BRZUSZNEGO PYRAMIDONEM.

(Referat według Therapie der Gegenwart 1931, Nr. 1).

Autor uważa, że w ostatnich czasach przy leczeniu duru brzusznego nie uwzględnia się w należyty sposób sprawy podniesionej ciepłoty. Nie należy wszakże zapominać, że wszelkie procesy, zwiększające temperaturę własną ustroju, okazują zawsze wpływ na stan chorego, wywołując uczucie zmęczenia, obojętność, złe łaknienie, nieprawidłowe oddychanie, a często niepokój. Chociaż objawy te po opadnięciu gorączki przeważnie ustępują, to jednak *Krehl* jest zdania, że nie zależą one wyłącznie od zmienionej ciepłoty ciała. Jeżeli zgodnie z propozycją *Valentiniego* podawać chorym na dur brzuszny małe dawki Pyramidonu i utrzymywać gorączkę w granicach między 36,5 i nieco powyżej 38°, wówczas ustępuje większa część objawów, które zwykle przypisujemy toksynom prątków durowych. Pyramidon przywraca chorym świadomość, durowa apatja ustępuje, chorzy odzyskują łaknienie i oddech się poprawia. Podając chorym durowym co godzinę Pyramidon w dawkach 0,05 — 0,1 g, udawało się *Krehlowi* nie dopuścić do powstania cięższych nieżytów oskrzelowych i odoskrzelowych zapaleń płuc. Naogół nie przekraczano dawki dobowej 1,5 — 1,7 g i jedynie wyjątkowo podawano do 2 g. Jeżeli gorączka się podnosi — należy koniecznie mierzyć ciepłotę co godzinę, w nocy zaś co 2 godziny — wówczas podaje się choremu 0,1 g, a w przypadkach uporczywej gorączki nad ranem 0,15 g Pyramidonu. Jeżeli gorączka w okresie zwykłego podnoszenia się pozostaje na jednakowym poziomie, wówczas daje się 0,05 g. W późniejszych okresach choroby potrzeba zwykle już mniej Pyramidonu. Jedynie w bardzo rzadkich przypadkach, w których, prawdopodobnie, związki wywołujące gorączkę działają na ośrodek gorączki bardzo często i w sposób nieregularny, nie udaje się utrzymać ciepłoty w wymienionych granicach. W przypadkach takich należy Pyramidon odstawić.

Leczenie Pyramidonem ani razu nie spowodowało jakichkolwiek niepożądanych objawów szkodliwych. Leczenie to czyni zbytecznem stosowanie kąpieli. Spadek wagi był bardzo nieznaczny, a w kilku przypadkach stwierdzono nawet przybytek wagi. Jedyną rzeczą trudniejszą do przeprowadzenia wydaje się w tem leczeniu niezbędne częste mierzenie ciepłoty, lecz, jak zauważył *Krehl*, chorzy w nocy po zmierzeniu gorączki zawsze znowu

szybko zasypiają. Trudniejszem jest zagadnienie opieki nad chorym, gdyż pielęgniarka musi umieć słusznie oceniać zachowanie się gorączki i postępować odpowiednio do każdorazowego stanu.

NIEDOWIDZENIE TYTONIOWE.

Według prac USHERA, TOCHERA, RITCHIE i ELDERTONA (Ann. of. eugenics 1927, tom 2, Nr. 3/4), TRAQUAIRA (Lancet 1928, 8 grud., 1173), Prof. SATTLERA (Klin. Mtsbl. f. Augenhlk. 1923, tom 70, str. 318).

Przewlekłe zatrucie nikotyną, któremu, jak wiadomo towarzyszy często również i nadużywanie alkoholu, powoduje między innemi pewne ściśle określone postacie obustronnego środkowego ograniczenia pola widzenia; z innych objawów wzrokowych należy jeszcze wymienić zwężenie źrenicy z zachowaniem odruchu na światło. W czasie po r. 1918 liczba przypadków niedowidzenia na tle zatrucia tytoniem i alkoholem zwiększyła się bardzo znacznie. *Sattler* stwierdził na okulistycznej klinice w Królewcu sześciokrotnie częstsze występowanie takich przypadków. Według badań *Sattlera*, których część chemiczną wykonał *Rhode*, przyczyną tego niezwykłego zwiększenia się omawianych chorób ocznych jest palenie tytoniu, przygotowanego samemu w domu, oraz picie również w domu przygotowanych napojów alkoholowych (alkohol metylowy). *Rhode* w doświadczeniach swych stwierdził, że tytoń przygotowany samemu wyróżnia się niższą temperaturą spalania i że dzięki temu więcej niezmienionej nikotyny niż zwykle przenika do ustroju palacza. *Usher, C. H., J. F. Tocher, John E. Ritchie i Ethel M. Elderton* (Ann. of eugenics 1927, tom 2, Nr. 34) obserwowali znaczną liczbę przypadków chorób ocznych powstałych na tle zatrucia nikotyną. Podają oni statystykę porównawczą, opierającą się na 1000 przypadkach niedowidzenia tytoniowego i 500 przypadkach palaczy ze zdrowemi oczami.

Większość chorych na oczy paliła przeciętnie więcej niż palacze bez zaburzeń ocznych. Istniejący pogląd, że prawie wszyscy cierpiący na niedowidzenie tytoniowe nadużywają również alkoholu, nie jest, jak wynika ze statystyki *Ushera*, słuszny, gdyż przeszło $^2/_3$ chorych nie piło dziennie więcej niż 1 szklankę piwa lub whiski. Pośród chorych na oczy było 112 abstynentów alkoholowych. Szczególne warunki światła nie okazują, jak się wydaje, żadnego wpływu na powstawanie środkowego ubytku pola widzenia.

Z badań *Eldertona* wynika zresztą, że nałogowe palenie nie prowadzi odrazu do niedowidzenia, lecz że przy istniejącej skłonności palenie może przyspieszyć powstanie choroby oczu. Większa lub mniejsza zawartość nikotyny w tytoniu jest przytem bez znaczenia. Stopień nadużycia alkoholu lub tytoniu oraz wiek chorych nie mają prawie żadnego wpływu na ewent. późniejszą poprawę zdolności widzenia.

Dr. ELŻBIETA BERGER, II oddz. wewn. polikliniki hr. Apponyi w Budapeszcie

O SPOTĘGOWANIU DZIAŁANIA RTĘCIOWYCH ŚRODKÓW MOCZOPĘDNYCH.

(Referat według W. kl. W. 1930, Nr. 49).

Na II oddziale chorób wewnętrznych polikliniki hr. Apponyi wszystkie przypadki chorób sercowych, przebiegające z obrzękami, leczy się, oczywiście oprócz odpowiedniego przygotowania sercowego, prawie wyłącznie rtęciowemi środkami moczopędnemi. Gdy oczekiwana diureza (np. po Salyrganie) słabnie lub wogóle nie występuje, można ją znacznie wzmocnić przez podanie NH_4Cl. *Berger* sprawdziła to działanie NH_4Cl i badała, czy również i inne środki wzmagają diurezę rtęciową. Wyniki badań autorki są uwidocznione na poniższej tablicy:

Nazwisko	Wiek	Rozpoznanie	Ilość moczu			Waga ciała		P_H		Van Slyke	
			Przeciętnie	Po Salyrganie	Po przygotowaniu	Przed	Po	Przed	Po	Przed	Po
		Chlorek amonu + Salyrgan									
								N·W.7·65-7·56		N.W. 77—53	
S. A.	43	Cirrh. hep. + Myodeg. cordis .	1000	1750	4000	100·25	95·30	7·72	7·53	69·0	52·6
Z. A.	57	Myodeg. cordis.	1700	2000	2500	49·20	47·55	7·60	7·48	—	—
P. E.	49	Nephrosclerosis+Myodeg. cordis	750	1500	2900	52·50	50·0	7·72	7·58	76·8	69
K. S.	30	Insuff. bicusp.	550	1650	2300	40·8	38·7	7·61	7·49	—	—
V. J.	40	Sten. ostii ven. sin.	450	1300	1400	42·7	42	7·71	7·66	—	—
S. M.	51	Nephrosclerosis + Insuff. aortae	800	2500	6000	73·9	69·2	7·67	7·66	55	52·6
S. .	51	Nephrosclerosis + Insuff. aortae	800	2500	1000!	66.1	66·5	—	7 78	—	49·7
W. J	36	Insuff. aortae	350	1200	2400-4500	55·4	52·0	—	7·56	—	54·5
		Kwas solny + Salyrgan									
S. A.	43	Cirrh. hep. + Myodeg. cordis .	1000	1700	4300	95·25	93·60	7·67	7·61	56·5	57·4
N. J.	62	Hepatitis + Myodeg. cordis . .	530	500	750	89·85	89·—	7·65	—	—	—
P. E	49	Nephrosclerosis+Myodeg. cordis	750	900	900	52·90	51·85	7·67	7·67	71·0	66·1
K. V.	58	Cholecystitis+ Myodeg. cordis .	700	2400	2100	57·20	56·20	7·61	7·54	—	—
L. K.	73	Myodeg· cordis.	1300	3500	3600	61·40	58 05	7·76	7·67	—	—
K. S.	30	Insuff. bicusp.	400	1600	2200	—	—	7·61	7·61	—	—
B. J.	35	Insuff et sten. ostii ven. sin. .	400	1900	2250	54·10	52·70	7·69	7·55	—	—
B. J.	67	Insuff. aortae	950	950	2000	56·20	54·0	7·56	7·62	—	—
T. J.	48	Asthma bronchiale	850	1800	1200	49·60	48·70	7·57	7·59	—	—
P. L.	45	Insuff. et sten. ostii ven. sin. .	500	2000	1850	—	—	7·62	7·55	—	—
Z. A.	57	Myodeg. cordis.	1700	2000	3200	51·50	50·80	7·58	7·60	—	—
		Bromek amonu + Salyrgan									
S. J.	46	Morbus Besedowi + Myodeg. c.	800	4000	4800	73·45	69·60	7·72	7·72	55·5	55·5
W. J.	36	Insuff. aortae	400	1300	3600	55·75	54·—	—	7·67	47·7	47·7
F. S.	37	Epilepsia	—	—	—	—	—	7·67	7·56	62·3	57·4
		Salyrgan + Decholina									
B. K.	66	Myodeg. cordis	650	1700	8500	68·60	62 20	—	—	—	—
W. J.	36	Insuff. aortae	350	1200	2400	53·45	52·—	—	—	—	—
S. A.	43	Cirrh. hep. + Myodeg. cordis .	1000	1750	2700	91·70	90·05	7·72	7.72	54·5	54·5
G. M.	53	Myodeg. cordis.	250	1600	1800	—	—	—	—	—	—
N. J.	35	Sten. ostii ven. sin.	700	1600	1740	47·20	47·—	—	—	—	—
D. Oe.	46	Myodeg. cordis	700	1000	1000	—	—	—	—	—	—
K. J.	66	Bronchopneumonia	650	2400	1000	73·35	73·10	7·73	7·72	61·3	62·3
		Alkalizacja + Salyrgan									
S. A.	43	Cirrh. hep. + Myodeg. cordis .	1000	1750	1000	—	—	7·69	7·76	63·2	66·1
S. A.	43	Cirrh. hep. + Myodeg. cordis .	1000	1750	1600	—	—	7·64	7·70	57·4	67·1

Z badań autorki wynika więc, że NH_4Cl podwaja diurezę po Salyrganie a czasem działa nawet jeszcze silniej. NH_4Br działa tak samo silnie jak NH_4Cl. Zapomocą HCl można było wpłynąć na odczyn moczu zaledwie kilka razy. Zwiększenie diurezy po HCl było niezależne od stopnia zakwaszenia. Okoliczność, że HCl nie wywołuje takiej kwasicy jak NH_4Cl, tłumaczy się tem, że 80 kropel podawanego dziennie rozcieńczonego kwasu solnego zawierają o wiele mniej chloru, niż dawka chlorku amonu, który podawano zawsze w ilości 8 g na dobę [1]).

Ze względu na znane działanie na wątrobę podawano oprócz Salyrganu również i kwas dehydrochlorowy. U kilku pacjentów z zastoiną i tamą wątrobową udało się w ten sposób znacznie poprawić skąpą uprzednio diurezę.

Przy stosowaniu soli amonowych czynny jest nie jon — NH_4 — octan amonu np. nie zwiększa diurezy wcale — lecz czynnikiem głównym przy spotęgowaniu działania Salyrganu pod wpływem NH_4Cl i NH_4Br (również HCl) jest zmniejszenie się pH i zasobu zasad. *Wyss* uważa nawet, że wszystkie obrzęki sercowe można zwalczać wyłącznie przez podawanie samego kwasu solnego. Zakwaszenie po NH_4Cl odbywa się, prawdopodobnie, według następującego wzoru:

$$2NH_4Cl + CO_2 = (NH_2)_2\ CO\ (\text{mocznik}) + 2\ HCl + H_2O$$

We krwi i w tkankach kwas solny zostaje przedewszystkiem zobojętniony dwuwęglanem sodu. Zakwaszenie prowadzi do zmniejszenia stopnia dyspersji cząsteczek białkowych. Ustrój traci wodochłonne jony sodu, podczas gdy wstępujące na ich miejsce jony K, C, Mg, i Sr nie posiadają zdolności wiązania wody. Te przesunięcia równowagi jonów zmniejszają ciśnienie pęcznienia koloidów krwi i tkanek i w ten właśnie sposób wywołują diurezę. Zmniejszenie się rezerwy alkalicznej utrzymuje się jeszcze przez pewien czas po odstawieniu NH_4Cl. Podawanie zasad hamuje diurezę.

Streszczenie: NH_4Cl i NH_4Br wzmacniają działanie Salyrganu[2]) i to nawet w tych przypadkach, w których rtęciowe środki moczopędne nie działają wcale lub przestały działać.

---

[1]) Wobec tego, że chorzy przeważnie bardzo niechętnie przyjmują NH_4Cl ze względu na jego przykry smak, *Saxl i Erlsbacher* polecają następujący przepis:

Ammon. chlorat. puriss.	8,0
Succ. liquir.	6,0
Aq. fontis ad	100,0

S. 5 razy dziennie po łyżce stołowej po jedzeniu w niewielkiej ilości wody mineralnej.

[2]) Wstrzykiwania Salyrganu nigdy nie powodują żadnych objawów miejscowego działania ubocznego. Ostatnio *Walter Wolff*, z Miejskiej Poradni Przeciwgruźliczej w Berlinie, podał następujący sposób prawie zupełnego unikania wszelkiego podrażnienia nawet przy wstrzykiwaniu do obrzękłych tkanek: *Wolff* stosuje przy wstrzykiwaniu domięśniowem następującą technikę: po nasmarowaniu jodyną wyciska się z miejsca zastrzyku

A. BANCIU, Bukareszt.

PRZYPADEK ZAKAŻENIA KIŁOWEGO PO DOMIĘŚNIOWEJ HETERO-HEMOTERAPJI.

(Referat według Terapeutski Vjestnik, Nr. 4 — 1931).

Do autora zgłosiła się pacjentka, mężatka, lat 40, z objawami wysypki kiłowej.

Badanie nie wykazało jednak żadnych śladów zakażenia pierwotnego. Chora podaje natomiast, że mniej więcej przed 3 miesiącami dokonano jej w celach leczniczych wstrzykiwań krwi, przyczem 4 zastrzyki dokonano domięśniowo, a 1 dożylnie. Wstrzykiwana krew pochodziła od trzech dawców. Wobec zupełnego braku wrót zakażenia, nasunęło się przypuszczenie, czy to nie jeden z dawców krwi był źródłem zakażenia.

Badanie dawców wykazało, że dwaj z nich żadnych objawów kiłowych nie mieli, natomiast trzeci, którego krew posłużyła do dokonania 4-go wstrzyknięcia domięśniowego, miał silnie dodatni odczyn Wassermanna, przy zupełnym zresztą braku innych oznak klinicznych kiły.

Wydaje się więc, że według wszelkiego prawdopodobieństwa, właśnie ten trzeci dawca zaraził pacjentkę; jest to tem prawdopodobniejsze, że data wstrzyknięcia krwi odpowiada w zupełności dacie przypuszczalnego zakażenia.

Dr. BRUNO BUCHHOLZ, Klinika chor. wewn. Uniw. w Jenie.

SPOSTRZEŻENIA KLINICZNE NAD DZIAŁANIEM LACARNOLU.

(Referat według D. M. W. 1931, Nr. 5).

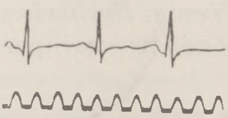
„Hormon sercowy" działa na tętno pobudzająco, wzmacniająco i przyspieszająco oraz rozszerza naczynia krwionośne, a przedewszystkiem tętnice wieńcowe. W doświadczeniach na zwierzętach działanie naparstnicy ujawnia się po uprzedniem leczeniu Lacarnolem prędzej i silniej. Osłabienie czynności serca, zatrutego środkami narkotyczne-

---

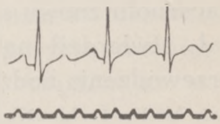
obrzęk, poczem wkłuwa się cienką igłę długości 8 — 10 cm do górnego zewnętrznego kwadrantu mięśni pośladkowych. Przy wkłuwaniu igła nie powinna jeszcze zawierać Salyrganu. Po wstrzyknięciu zdejmuje się strzykawkę, lecz igły jeszcze się nie wyciąga i wstrzykuje się jeszcze kilka kresek 2% roztworu Novocainy z Suprareniną. Można ewent. wstrzyknąć również i nieco olejku kamforowego lub powietrza. Przy nieudanym zastrzyku dożylnym wskazanem jest natychmiast wstrzyknąć w miejsce przeniknięcia drażniącego lekarstwa roztwór Novocainy, dzięki czemu rozcieńcza się stężenie środka i unika się uszkodzenia tkanek.

mi i będącego pod wpływem Lacarnolu, następuje powolniej, a powrót do prawidłowej czynności odbywa się szybciej.

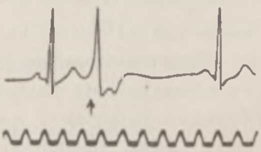
Ilość badań klinicznych na zdrowych i chorych na serce ludziach jest jeszcze stosunkowo mała. U ludzi zdrowych Lacarnol nie okazuje żadnego wpływu na tętno i ciśnienie krwi *(Fahrenkamp)*. Własne doświadczenia *Buchholza* wykazały, że wstrzykiwania domięśniowe i podawania doustne są zupełnie równowartościowe. Przeciętnie podawano około 20—30 kropel; zwiększenie dawki nie wzmacnia działania. Lacarnol sam przez się jest zupełnie nieszkodliwy; ludzie zdrowi znoszą dożylnie dawki do 4 cm^3, które wywołują jedynie przemijające i niezbyt znaczne zaczerwienienie twarzy, związane z podmiotowem uczuciem gorąca. Na wydzielanie żołądkowe Lacarnol pozostaje zupełnie bez wpływu, co dowodzi, że działanie jego nie ma nic wspólnego z histaminą. Po wstrzykiwaniach Lacarnolu stwierdza się, że ogólna i średnia pojemność płuc pozostaje bez zmiany, zwiększa się natomiast ilość powietrza uzupełniającego, to znaczy, że wdech zostaje ułatwiony, a ilość powietrza zapasowego ogranicza się, czyli, że wydech się zmiejsza. Dowodzi to, że w całym układzie oddechowym następuje zwiększenie napięcia, tak że według badań *Czikego* Lacarnol pod względem swego wpływu na płuca okazuje działanie bardzo zbliżone do ciał naparstnicowych.



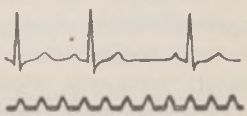
1. 53 lata.
Przed Lacarnolem.
Brak załamka T.



Po Lacarnolu.



2. 56 lat.
Przed Lacarnolem.
Komorowe skurcze dodatkowe.



Po Lacarnolu.

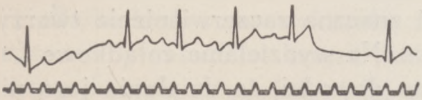
W klinice stosował *Buchholz* Lacarnol u 11 chorych z dusznicą bolesną. W 7 przypadkach osiągnięto zupełne ustąpienie dolegliwości dusznicowych, w 2 przypadkach osiągnięto poprawę, a w 2 stan pozostał bez zmiany. Pozwolimy sobie przytoczyć tu w krótkości historję choroby pewnego pacjenta z bardzo ciężkiemi zmianami organicznemi, na którego Lacarnol początkowo okazywał jednak pomyślny wpływ leczniczy:

1. O. Br., 60 lat. W r. 1929 niedomoga krążenia, odoskrzelowe zapalenie płuc; od 3½ lat dusznica bolesna. Perichol, euphylina, nitrogliceryna, strofantyna doprowadziły do poprawy stanu ogólnego. 11. VII. 1929 wypisany z kliniki dla leczenia domowego. 22. XII. przyjęty powtórnie: ciężkie objawy niewyrównania, zastoina narządów wewnętrznych, odoskrzelowe zapalenie płuc. Ciężki status anginosus. Początkowo wstrzyknięto domięśniowo 2 cm^3 Lacarnolu, poczem bóle po upływie godziny ustąpiły. Następnie podano 20 kropel doustnie. Pozostał jeszcze jedynie niewielki ucisk w piersi. Chory, który do-

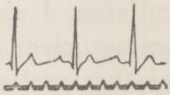
tychczas nie mógł zasnąć ani na chwilę, drzemał. 23. XII. 3 razy po 20 kropel Lacarnolu doustnie. W nocy spokojny sen przez kilka godzin. 24. XII. nieco silniejszy ucisk w piersi, który ustąpił po 30 kroplach. Wieczorem 2 cm³ Lacarnolu. 25 i 26. XII. 3 razy dziennie po 2 cm³ Lacarnolu. Chory skarżył się już tylko na bardzo nieznaczny ucisk w piersi. 27. XII. stan podmiotowy dobry, natomiast odoskrzelowe zapalenie płuc postępuje nadal. Wieczorem silny napad kaszlu. Śmierć po kilku minutach.

Fahrenkamp spostrzegał w przypadkach niemiarowości stałej, że brakujące lub źle rozwinięte załamki przedsionkowe pod wpływem stosowania Lacarnolu znowu się ukazywały. *Buchholz* przypadków takich nie spostrzegał, stwierdził natomiast nadzwyczaj pomyślne działanie na zaburzenia przewodzenia bodźców.

2. M. E., 51 lat. Na początku września 1929 r. kłębuszkowe zapalenie nerek i zapalenie wątroby. W połowie października nowe obostrzenie gośćcowe z zajęciem mięśnia sercowego. Nagła bradykardja, tętno poniżej 50 uderzeń. Elektrokardjogram wykonany 18. X. wykazuje częściowe zablokowanie ze znacznem zwolnieniem przewodzenia. Pod wpływem tyroksyny częstość tętna zwiększyła się, czas przewodzenia poprawił, blokada ustąpiła. 7. XI. nowe obostrzenie gośćcowe, znowu bradykardja, częściowy blok. Lacarnol początkowo domięśniowo, następnie w kroplach. 12.XI. wieczorem tętno 80, a 14.XI. od 80 do 100 na minutę.



Przed Lacarnolem, blok częściowy, czas przewodzenia 0,25 sek.



Po Lacarnolu blok ustąpił. Czas przewodzenia 0,22 sek.

3. W. Lo., 37 lat, choruje na serce już od wielu lat. 16. V. 1930 przyjęty do szpitala w stanie niewyrównania; obrzęki i objawy zastoinowe ze strony narządów wewnętrznych, zwężenie lewego ujścia żylnego, niedomykalność zastawek tętnicy głównej, uszkodzenie mięśnia sercowego, blok przedsionkowo-komorowy, automatyzm komorowy i skupione skurcze dodatkowe. Leżenie w łóżku, dieta, Theominal. Wydzielanie wody zmniejszone, rozbieżność między tętnem ośrodkowem i obwodowem. 19. V. 3 razy dziennie po 30 kropel Lacarnolu. Wieczorem zmniejszenie się ilości skurczów poronnych, częstość tętna mniejsza. 22. V. diureza lepsza, obrzęki cofają się, tętno znowu bezwzględnie niemiarowe 24. V. prawdziwa niemiarowość całkowita, co dowodzi przywrócenia przewodzenia z przedsionków na komory; skurcze dodatkowe zniknęły. Wstrzykiwania strofantyny doprowadziły do zupełnego wyrównania bez wytworzenia się nowego bloku.

W obu tych przypadkach Lacarnol przywrócił więc przewodnictwo przedsionkowo-komorowe. U 4 następnych chorych ze skurczami dodatkowemi, bez wyraźniejszych oznak choroby serca, u których leżenie w łóżku nie wpływało na stan, Lacarnol doprowadził do zniknięcia skurczów dodatkowych i znacznej poprawy podmiotowej. Po zaprzestaniu leczenia Lacarnolem, skurcze dodatkowe, za wyjątkiem jednego przypadku, znowu wróciły.

Streszczenie: U chorych na dusznicę bolesną Lacarnol jest wstanie w znacznym odsetku przypadków usunąć dolegliwości chorobowe, względnie nie dopuścić do powstania napadów. Lacarnol poprawia przewodzenie przedsionkowo-komorowe i nie dopuszcza do wytwarzania się nieprawidłowych podniet, wywołujących skurcze dodatkowe.

Prof. dr. M. GÄNSSLEN, Klinika wewn. Uniw. w Tubindze.

WYSOKOWARTOŚCIOWY WYCIĄG WĄTROBOWY DO WSTRZYKIWANIA.

(Referat według Kli. Wo. 1930, Nr. 45).

Preparaty wątrobowe często okazują się niedostatecznie czynne i z tego powodu uważa się niesłusznie niektórych chorych na niedokrwistość złośliwą za „odpornych" na działanie wątroby. Dla uniknięcia przykrości stałego jadania dużych ilości wątroby, wytworzono wyciągi wątrobowe nadające się do wstrzykiwań. Preparaty te jednak częściowo okazały się również nieczynnemi albo też wywoływały przykre objawy działania ubocznego, które w poszczególnych przypadkach doprowadziły nawet do zejścia śmiertelnego. *Gänsslenowi* udało się niedawno otrzymać preparat wątrobowy, nadający się do wstrzykiwań, istotnie zupełnie nieszkodliwy i obdarzony znaczną siłą działania przeciwanemicznego. Preparat *Gänsslena* [1]) jest tak skuteczny, że niezbędna dawka dobowa, wynosząca 2 cm^3 wyciągu, odpowiada tylko 5 g świeżej wątroby, podczas gdy przy zwykle stosowanych preparatach trzeba podawać codziennie, wobec ich wątpliwej siły działania, równoważnik 300 — 600 g świeżej wątroby.

Dotychczas spostrzeżenia nad działaniem nowego wyciągu dotyczą przeszło 100 chorych, z pośród których 40 było dotkniętych niedokrwistością złośliwą. Jako przykłady skuteczności wyciągu przytoczymy tu następujące historje chorób:

1. Chory lat 57. 44% Hb., 2,4 mil. erytrocytów, waga 80,5 kg. Objawy ciężkiej myelozy funikularnej. Niewielkie stany podgorączkowe. Po 6-tygodniowem leczeniu wstrzykiwaniami wyciągu wątrobowego *Gänsslena:* Hb. 94%, erytrocyty 4,5 mil. Waga zwiększyła się o 9 kg. Ciepłota zupełnie prawidłowa. Zwiększona zawartość bilirubiny we krwi i urobilinogenu w moczu wróciła do normy. Z powodu zmian rdzeniowych chory nie mógł poprzednio wcale chodzić, obecnie zaś pod wpływem leczenia skurcze i ataksja znacznie się zmniejszyły i pacjent mógł być cały dzień na nogach i odbywać nawet dwugodzinne przechadzki. Dalsze leczenie domowe polegało na tem, że chory co 14 dni, a później co 4 — 6 tygodni otrzymywał zastrzyk z 2 cm^3 wyciągu. Ostatnie badanie krwi: 100% Hb. i 4,9 mil. krwinek czerwonych. Podczas leczenia szpitalnego chory otrzymywał codziennie jeden zastrzyk dopośladkowy w dawce 2 cm^3, ogólna dawka całej kuracji wyniosła 89 cm^3 wyciągu wątrobowego.

2. Chora lat 34. Hb. 26%, erytrocyty 1,2 mil. Waga 66,4 kg. Pomimo wstrzykiwania wyciągu w pierwszym tygodniu Hb. 20%, er. 1,1 mil., waga 63 kg. Następnie stopniowa zmiana na lepsze, wymioty ustają, gorączka opada i chora poprawia się znacznie. Po 14 dniach leczenia Hb. 50%, erytrocyty 2 mil. Po 7 tygodniach: Hb. 81%, erytrocyty 4 mil. Chora wypisuje się ze szpitala i leczy się nadal ambulatoryjnie (2 zastrzyki tygodniowo). Ostatnie badanie: Hb. 88%, erytr. 4,8 mil. Ogólna dawka kuracji 110 cm^3 wyciągu wątrobowego.

---

[1]) Wyrabiany przez I. G. Farbenindustrie i znajdujący się w sprzedaży pod nazwą Campolon. Wwóz Campolonu do Polski nie jest dozwolony.

Porównanie stosowanego dotychczas leczenia wyłącznie dietą wątrobową, polegającego na podawaniu codziennie 300 — 400 g świeżej lub zlekka tylko przyprawionej wątroby (bez uwzględnienia wyciągów wątrobowych) daje wyniki następujące:

	Przy leczeniu dietą wątrobową	Przy leczeniu wstrzykiwaniami wyciągu
Wrost hemoglobiny w ciągu tygodnia	5,11	6,72
„ erytrocytów w ciągu tygodnia	0,235 mil.	0,347 mil.
„ wagi w ciągu tygodnia	0,61 kg.	0,85 kg.

Zwiększenie dawki wyciągu *Gänsslena* do 3 i 4 cm^3 nie okazywało wpływu na przyspieszenie regeneracji krwi. Nie można się zresztą spodziewać, że uda się jeszcze bardziej przyspieszyć tempo regeneracji, gdyż każda ciężka niedokrwistość, nawet wtórna, wymaga określonego czasu, aby móc wyrównać istniejące zmiany.

Pomyślne wyniki, osiągnięte przy pomocy wstrzykiwań wyciągu w przypadkach niedokrwistości złośliwej, skłoniły autora do wypróbowania preparatu również i przy niedokrwistościach wtórnych.

3. Chora ze znaczną niedokrwistością wtórną typu chlorotycznego. Po 13 tygodniach leczenia wyciągiem wątrobowym hemoglobina podniosła się z 36% do 89%, ilość erytrocytów z 3,3 mil. do 4,7 mil., waga z 38,5 kg do 45 kg. Zastosowane w ciągu ostatnich 4½ tygodni jednoczesne leczenie żelazem, arsenem i preparatami jajnikowemi nie przyspieszyły wcale procesu odradzania się krwi.

Przy wtórnych niedokrwistościach zwiększanie się hemoglobiny i krwinek czerwonych odbywa się o wiele wolniej, jednak wyciąg wątrobowy jest wstanie sam doprowadzić do przywrócenia zupełnie prawidłowego obrazu krwi.

W stanach rekonwalescencji i osłabienia stosowano Campolon dla celów kuracji tuczącej. Zauważony znaczny przybytek wagi nasunął początkowo myśl o działaniu zbliżonem do działania insuliny. Ani razu jednak nie spostrzegano dotychczas charakterystycznego dla tuczącej kuracji insulinowej obniżenia poziomu cukru we krwi. Raczej wprost przeciwnie: u ludzi z prawidłową przemianą materji występuje po 60 minutach nieznaczne zwiększenie się zawartości cukru we krwi. Mimo to można, przez połączenie insuliny z Campolonem, zmniejszyć w przypadkach cukrzycy dawkę potrzebnej insuliny. Z doświadczeń na świnkach morskich wynika *(Ederle i Kriech)*, że wyciąg wątrobowy działa na zapasy glikogenu w wątrobie w sposób podobny do insuliny.

Następną zasługującą na uwagę właściwością wyciągu wątrobowego *Gänsslena* jest jego zdolność hamowania krzepnięcia in vitro. Dodanie niewielkiej ilości wyciągu przedłuża normalny czas krzepnięcia z 5 — 7 do 12 — 15 minut. In vivo nawet długotrwałe leczenie wstrzykiwaniami domięśniowemi żadnego wpływu na krzepnięcie nie wywiera.

Streszczenie: Nowy wyciąg wątrobowy przedstawia nieszkodliwy, nadający się do wstrzykiwań preparat, okazujący znakomite działanie przeciwanemiczne, dorównywujące conajmniej działaniu diety wątrobowej. Dotychczasowe spostrzeżenia dotyczą przeszło 40 chorych z niedokrwistością złośliwą, u których wstrzykiwania w ciągu 6 — 8 tygodni, a w przypadkach uporczywych w ciągu 10 — 12 tygodni doprowadziły do zupełnego ustąpienia wszelkich objawów niedokrwistości. Chorych „odpornych" na działanie wątroby przy stosowaniu wyciągu *Gänsslena*, dotychczas nie spostrzegano, natomiast kilku chorych, którzy wcale nie reagowali na zwykle dotychczas stosowane preparaty wątroby, udało się zapomocą wyciągu *Gänsslena* szybko wyleczyć. Wyciąg ten wpływa pomyślnie również i na objawy rdzeniowe, lecz wymaga to o wiele dłuższego czasu leczenia. Wstrzykuje się codziennie dopośladkowo 2 cm^3, co odpowiada około 5 g świeżej wątroby, czyli zaledwie $^1/_{50}$ części dotychczas stosowanej dawki wątroby.

Wobec tego, że chorzy zwykle bardzo niechętnie przyjmują wątrobę lub jej preparaty, a przy zaburzeniach ze strony przewodu pokarmowego (zanik błony śluzowej, bezsoczność, biegunki) wchłanianie natrafia na znaczne trudności, stosowanie leczenia wątrobowego w postaci wstrzykiwań przedstawia znaczny postęp, zwłaszcza gdy dotyczy przypadków ciężkich lub „odpornych" na działanie wątroby.

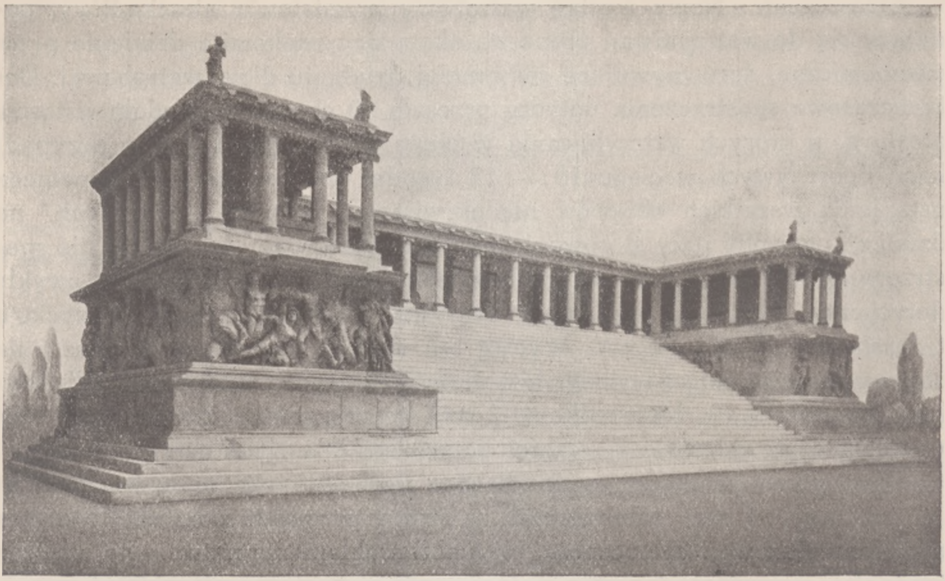
Dr. E. HELBIG, Kopenhaga.

PERGAMON, MIASTO OJCZYSTE GALENA.

W Berlinie wybudowano nowe muzeum, poświęcone głównie starożytnemu miastu Pergamon. Zwiedzający znajdzie tam tak wielką ilość klasycznych greckich rzeźb, że z pewnością pozostaną one na długo w jego pamięci. Gdzie ludzie milczą — tam przemawiają kamienie i głoszą nam sławę starego Pergamonu, dzisiejszego Bergama, który dopiero po 1½ tysiącu lat powstał na nowo z pyłu zapomnienia. Pergamon rozwinął się bardzo szybko, lecz też i krótkim był czas jego wspaniałego rozkwitu, tak że również i do tego miasta mogą się odnieść słowa pisma: „Wszystko tu ulegnie całkowitemu zniszczeniu i kamień nawet nie pozostanie na kamieniu".

Państwo pergameńskie znajdowało się w Azji Mniejszej, między Dardanelami i Smyrną. Wkrótce po śmierci Aleksandra Wielkiego z nieznacznych zaczątków szybko powstało państwo niewielkie lecz potężne. Miasto Pergamon było jednem z najpiękniejszych miast starożytnych, tak że jeszcze przez długie wieki będziemy z podziwem wspominać jego wspaniałość i wysoki poziom kultury.

Podanie o wielkim ołtarzu, który został wybudowany za panowania króla Eumenesa, panującego od 180 do 160 r. przed N. Chr., niesłusznie uchodziło przez setki lat za mało prawdopodobną opowieść.





Wielka świątynia zwycięskiej Ateny znajdowała się przed miastem, natomiast ołtarz Zeusa wybudowano w jego wnętrzu. Ołtarz ten ozdobiony cudownie wykończonemi scenami, przedstawiającemi walki olbrzymów, podziwiały nietylko zachwycone i upojone pięknem greckiej sztuki oczy Pergameńczyków, lecz również wrogie i nieprzychylne spojrzenia Żydów i chrześcijan, dla których ołtarz ten, zwany tronem szatana, był przedmiotem zgorszenia i nienawiści. Na załączonym fragmencie ołtarza widzimy zachodnią część tej wielkiej budowli. Tryton i Amfitryda walczą z olbrzymami, różnemi potworami i wężami. Strona zwrócona ku schodom przedstawia w podobnej walce Nereusza, Okeanosa i boginie Doris i Tethys.



W tym boju olbrzymów widzimy, jak cały świat bogów walczy pod dowództwem Zeusa na śmierć i życie. Również i półbóg Herkules przyjmuje udział w tej gigantomachji. Całość ma przedstawiać symbol zwycięstwa sił niebieskich nad światem podziemnym i nie dającemi się poskromić i opanować ciemnemi mocami.



Wobec tego, że wykonanie tak potężnego dzieła było przekazane większej ilości budowniczych i rzeźbiarzy, tem bardziej musi nas zadziwić jednolite ujęcie idei oraz zamknięte i harmonijne jej przeprowadzenie w poszczególnych rzeźbach.



Do najpiękniejszych fragmentów płaskorzeźby należy cudowna kobieca figura bogini Nyx, walczącej z uzbrojonym w hełm i tarczę wrogiem. W prawym ręku trzyma bogini kamienną urnę, wokół której owija się wąż i zamierza się tą urną na klęczącego nieprzyjaciela. Jadowita żmija nie jest podobną do oswojonego węża Asklepiosa, waza zaś z pewnością nie zawiera preparatów galenowych ani szlachetnych maści, z których słynął Pergamon. Raczej ukrywa ona, podobnie jak puszka Pandory, straszny zbiór złowrogich darów lub też większą ilość groźnych żmij.

Czasy Pergamonu były szczytem rozkwitu sztuki helleńskiej; dowodzą tego zachowane do naszych czasów arcydzieła rzeźbiarzy pergameńskich, cieszące się wszechświatową sławą, jak np. umierający Gallijczyk w muzeum na Kapitolu oraz Gallijczyk i jego żona w Villa Ludovisi.

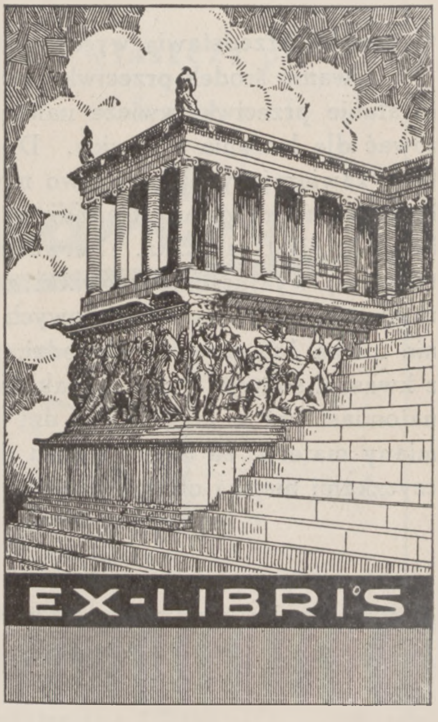
Wielkie bibljoteki w Pergamonie cieszyły się sławą niemniejszą niż słynna bibljoteka w Aleksandrji. Bibljotekę pergameńską zdobiły liczne posągi znakomitych pisarzy. Żaden starożytny księgozbiór nie dorównywał tej bibljotece.

„Pergamenta" starożytności i wieków średnich, pisma papieży i cesarzy, bulle wyklinające i listy podnoszące w stan szlachecki, stare przywileje

aptek napisane były na skórach zwierzęcych, które po raz pierwszy przygotowywano odpowiednio jako Charta pergamena właśnie w Pergamonie. Podanie głosi, że król Eumenes II, wielki protektor sztuki i nauki, potrzebował przy zakładaniu swych bibljotek wielkich ilości papyrusów, których dostarczenia odmówili mu zazdrośni Ptolomeusze. Potrzeba jest matką wynalazków i w ten sposób powstał pergamin. Dopiero w 19-ym wieku nauczono się w Anglji wyrabiać pergaminy roślinne.



Przez długie czasy Pergamon był celem pielgrzymek licznych chorych, którzy tam dążyli z najodleglejszych miejscowości do świątyń Asklepiosa. Czy monety pergameńskie miały jakiś związek z temi pielgrzymkami, pozostaje niewyjaśnione. Na monetach tych widzimy na jednej stronie wypukły, napół otwarty kosz, z którego wydostaje się wąż. Całość otacza wianek z opichu. Druga strona wyobraża pewien rodzaj rogu obfitości, kołczan, wokoło którego również owijają się węże. Dla lekarzy i aptekarzy Pergamon i jego kultura z tego względu zasługują na większą uwagę, że w Pergamonie w r. 131 po N. Chr. urodził się jeden z najznakomitszych lekarzy starożytnych, a mianowicie *Galen. Hippokrates,* przed *Galenem,* i *Paracelsus* po nim — oto najwybitniejsze osoby w historji medycyny.



Galen był przybocznym lekarzem Marka Aureljusza i Luciusza Verusa, jednocześnie zaś był wyłącznym gospodarzem wszelkich, przeważnie roślinnych leków, zbieranych dla dworu rzymskiego. Posiadał on gruntowne i bardzo rozległe wiadomości ze wszelkich dziedzin Materiae medicae. *Galen* był dla Rzymu tem, czem był dla Grecji *Hippokrates.* Zasługa *Galena* polega na tem, że poprawił on naukę *Hippokratesa,* opisał systematycznie i na podstawie własnego doświadczenia wszystkie znane wówczas dziedziny medycyny i przekazał je potomności w swych pięknych dzie-

łach. *Galen* był twórcą epoki w historji medycyny, która przetrwała więcej niż tysiąc lat, w ciągu których cały świat ówczesny czerpał wiadomości z prac *Galena*. Liczne przepisy *Galena*, dotyczące różnych sposobów przygotowywania leków, posiadały przez długie wieki tak wielką wartość, że nawet jeszcze dzisiaj, prawie w dwa tysiące lat po śmierci *Galena*, obszerna grupa przygotowywanych w aptekach leków lub mieszanin nosi ogólną urzędową nazwę preparatów „galenowych".

Galen przeciwstawiał się panującemu w jego czasach poglądowi o dziedziczności sztuki lekarskiej, nie wierzył on również w starodawne metody lecznicze, opierające się raczej na zabobonach niż na krytycznem doświadczeniu. *Galen* był największym, nieubłaganie logicznym systematykiem starożytnego świata. Aż do Paracelsa, reformatora nauki lekarskiej, uchodził *Galen* za najwyższy autorytet we wszystkich dziedzinach medycyny. Do *Galena* i jego leków można doskonale zastosować słowa *Natana Mędrca:* „Jest to lek, nie trucizna, co ci podaję".

Doc. dr. A. BRATUSCH-MARRAIN.

KRZYWICA I TĘŻYCZKA.

(Referat według Wien. Klin. Wschr. 1931, Nr. 8.).

Vigantol przedstawia wysokowartościowy i nadzwyczaj wygodny w stosowaniu środek przeciwkrzywiczy. Ze względu na jego ściśle swoiste działanie przeciwkrzywicze należy go, oczywiście, przedewszystkiem stosować dla leczenia krzywicy. Dla zapobiegania wchodzi w rachubę przetwór zawierający objętościowo mniej witaminy D, a mianowicie tran, lub lepiej standaryzowany tran Vigantolowy. Najpoważniejszem powikłaniem krzywicy jest tężyczka. Serwatka mleka krowiego sprzyja powstawaniu tężyczki; wykluczenie serwatki z pożywienia doprowadza częstokroć do ustąpienia objawów tężyczkowych. W przypadkach, w których odstawienie mleka lub serwatki zawodzi, należy podawać chlorek amonu i mleko z kwasem solnym, które jednak działają tylko czysto objawowo. Vigantol natomiast już w ciągu kilku dni do tego stopnia usuwa zaburzenie przemiany materji, że dzieci znowu dobrze znoszą mleko. Leczenie przytarczyczkami nie ma obecnie jeszcze żadnego znaczenia praktycznego.


TONOPHOSPHAN
TONOPHOSPHAN

NOTATKI TERAPEUTYCZNE

Omnadina przy płonicy urazowej.

Omnadinę stosuje się z powodzeniem w całym szeregu chorób dziecięcych. Osobiście miałem sposobność spostrzegania nadzwyczaj pomyślnego wpływu Omnadiny w przypadkach podostrego zapalenia gruczołów chłonnych u dzieci. W jednym z moich artykułów (D. M. W., 1930, Nr. 11) zwróciłem uwagę, że częstokroć udaje się dzięki Omnadinie uniknąć nacięcia. Naogół odniosłem wrażenie, że stosowanie Omnadiny bywa uwieńczone najlepszym wynikiem wtedy, gdy się jej nie wstrzykuje zbyt wcześnie, czyli innemi słowy, działanie jej okazuje się lepsze, gdy się ją wstrzykuje dopiero po ustąpieniu ostrych objawów. Możliwe zresztą, że zmieniłbym mój pogląd, gdybym miał możność częstszego wstrzykiwania Omnadiny przy ostrych stanach chorobowych, np. przy grypie, lecz naogół w praktyce prywatnej u dzieci unikamy przeważnie tego sposobu postępowania.

Niedawno omawiałem na tem miejscu pomyślny wpływ Omnadiny na przebieg płonicy. Obecnie jestem w możności donieść o podobnem znakomitem działaniu w przypadku tak rzadko u dzieci zdarzającej się płonicy urazowej.

Dziesięcioletni chłopczyk W. S., którego znałem od pierwszych dni jego życia, przewrócił się 22.V.30 grając w szkole w piłkę nożną i zranił się powierzchownie w prawe kolano. Nauczyciel obmył i opatrzył niewielką rankę. 23 maja chłopczyk poczuł się źle, skarżył się na bóle głowy. 24 maja gorączka. 25-go widziałem chorego po raz pierwszy. Wybitna, typowa wysypka szkarlatynowa, najmocniej zaznaczona na prawem udzie. Dolna połowa ciała więcej zajęta niż górna. Gardło, a zwłaszcza migdałki, zupełnie bez zmian. Bólu gardła nie było.

26-go stan małego pacjenta był bardzo poważny; gorączka nad ranem wynosiła 40^0. Myślałem o dokonaniu wstrzyknięcia surowicy przeciwpłoniczej, lecz musiałem z tego zasadniczo wskazanego zabiegu zrezygnować, gdyż dziecko wskutek dwukrotnego zapadnięcia na błonicę (raz gardła i raz krtani) otrzymało już dawniej dwa razy zastrzyki surowicy (końskiej wzgl. baraniej). Mając w pamięci dobre wyniki otrzymywane zapomocą Omnadiny przy innych chorobach paciorkowcowych (róża), postanowiłem zastrzyknąć 2 cm^3 Omnadiny. Wynik okazał się znakomity. Już wkrótce po zastrzyku dziecko poczuło się lepiej, a następnego dnia gorączka opadła zupełnie do normy.

Oczywiście, że znamy przy płonicy takie samoistne spadki gorączki, lecz w chwili wstrzyknięcia Omnadiny stan choroby chłopca nie wykazywał jeszcze żadnych skłonności do samoistnej poprawy. Poza tem chłopiec miał, prawdopodobnie, bardzo słabą zdolność do wytwarzania antytoksyn, na co wskazywało dwukrotne zapadanie na błonicę. Następnie wszystkie dotychczasowe przypadki płonicy przebiegały w tej rodzinie bardzo ciężko. Siostra i kuzyn chorego chorowali dwukrotnie na bardzo ciężką płonicę, co każe wnioskować o silnem powinowactwie rodzinnem do zarazków płonicy.

Rozumie się samo przez się, że jedno spostrzeżenie nie jest dostatecznie miarodajne. Lecz któż ma możność spostrzegania większej ilości przypadków płonicy urazowej? Osobiście w ciągu mej 21-letniej praktyki lekarskiej widziałem zaledwie 3 takie przypadki. W każdym razie działanie Omnadiny przy płonicy ura-

zowej zasługuje niewątpliwie na dalsze sprawdzanie i to tembardziej, że przecież i przy zwykłej płonicy stosowanie Omnadiny daje bardzo pomyślne wyniki lecznicze.

Dr. K. Oxenius,
Specjalista chorób dziecięcych Chemnitz.

Przyczynek do kliniki fosfaturji.

Schmuckler i Utkin leczyli od 1926 r. Neosalvarsanem 50 chorych cierpiących na fosfaturję, powikłaną w licznych przypadkach zakażeniem dróg moczowych. Z pośród tych 50 pacjentów 30 było zbadanych wszechstronnie i bardzo dokładnie. Po 4—6 wstrzyknięciach Neosalvarsanu stwierdzano zwiększenie zasobu zasad we krwi; jedynie u 4 pacjentów, u których zresztą leczenie pozostało bez wpływu na przebieg choroby, rezerwa alkaliczna pozostała bez zmiany. U chorych z nadkwaśnością treści żołądkowej następowało pod wpływem Neosalvarsanu zbliżenie kwasoty żołądkowej do wartości prawidłowych, podczas gdy u chorych z normalnym sokiem żołądkowym stwierdzano niewielkie obniżenie kwasoty. Wśród 30 dokładnie zbadanych przypadków stwierdzono nadkwaśność żołądkową 8 razy, stosunki prawidłowe 13 razy i niedokwaśność 9 razy. Jeżeli leczenie okazywało się wstanie zmienić zasadowy odczyn moczu, wówczas mocz pozostawał nadal kwaśny przez dalsze 5—6 miesięcy, a w dość licznych przypadkach nawet przez 2 lata; nawet gdy zmiana odczynu nie była całkowita, to jednak następowała wyraźna poprawa. Zmianę odczynu udało się osiągnąć w 70% przypadków. Oprócz leczenia Neosalvarsanem należy jednocześnie stosować energiczne leczenie ogólnie wzmacniające dla przezwyciężenia towarzyszącej zwykle neurastenji. (W sposób taki sam jak Salvarsan, działa nadający się do wstrzykiwań organiczny preparat arsenowy Solarson. — *Wohlrat.* Th. d. Gegwt. 1926, Nr. 12, str. 240).

Dr. B. A. Schmuckler i dr. S. G. Utkin,
Essentuki, Rosja.
(. Urol. Chir. 193J, tom 29.)

W sprawie etjologji i leczenia zakrzepów.

Butzengeiger jest zdania, że spostrzegane w ostatnich czasach zwiększenie się ilości przypadków zakrzepów znajduje się w pewnym związku przyczynowym z powszechnie panującemi epidemjami grypy. Autor leczył 22 chorych, dotkniętych zakrzepami, zapomocą stawiania pijawek. W 6 przypadkach bardzo ciężkie objawy zakrzepu cofnęły się już w ciągu kilku dni, lecz również i w pozostałych przypadkach wpływ pijawek był bardzo pomyślny. *Butzengeiger* uważa, że rozpoczynający się dopiero zakrzep może się nawet cofnąć pod wpływem hirudiny. Przeciętnie stawiano 2 pijawki na okolicę pośladkową, tak długo, aż po nassaniu się same odpadły. Stawianie pijawek powtarzano przez kilka dni z rzędu.

Dr. Butzengeiger, Marienheim, Elberfeld.
(D. M. W. 1931, Nr. 17.)

O stosowaniu czopków z Luminal-Natrium u małych dzieci.

Heydolph stosował czopki z Luminal-Natrium (Luminal-Natrii 0,1—0,2, Ol. Cacao ad 1,5) u małych dzieci w wieku od 7 miesięcy do 2 lat przy następujących chorobach: ciężkie zaburzenia odżywiania (2), krztusiec w okresie kurczowym (2), ciężkie stany neuropatyczne niemowląt (5), skurcz krtani (1), odoskrzelowe zapalenie płuc na tle kurczowych napadów kaszlu (3). U wszystkich tych dzieci na pierwszym planie stwierdzano usposobienie neuropatyczne ze skłonnością do stanów kurczowych. Matki tych dzieci wskutek długotrwałego niepokoju o chore dzieci i bezsennie spędzanych nocy były również bardzo zmęczone, zdenerwowane i zupełnie wytrącone z równowagi. Sen po Luminalu oznaczał dla tych dzieci uspokojenie całego układu nerwowego, a stroskanym matkom umożliwiał wreszcie tak bardzo im potrzebny wypoczynek.

Dwoje dzieci z ciężkiemi zaburzeniami odżywiania było poprzednio zupełnie nieodpowiednio odżywianych, gdyż cała zaniepokojona rodzina dawała im ciągle co-

raz to inne preparaty odżywcze i dopiero *Heydolph* zalecił ścisły post. Oto w krótkości uwagi odnoszące się do poszczególnych historyj chorób:

1. G. M., 2 lata. Ciężkie zaburzenia pokarmowe. Otoczenie wypróbowało wszelkie możliwe diety. Umożliwienie snu zapomocą czopków z Luminalu, następnie ścisła dieta z Larosanu i cukru Soxhleta. Wyleczenie.

2. O. P., 7 tygodni. Choroba kiszkowa i neuropatja. Matka przypuszczała, że dziecko, które ciągle krzyczało, jest głodne i podawała mu różne preparaty odżywcze, zwykle stosowane w praktyce prywatnej. Pod wpływem Luminalu dziecko odzyskało spokój i sen. Później, po Larosanie, wyleczenie.

3. S. H., 1 rok. Krztusiec w okresie kurczowym. Dziecko to, jak zresztą i wszystkie inne, otrzymuje początkowo czopki nie od matki, lecz bezpośrednio od lekarza podczas godzin przyjęć; następnie podlega ono w poczekalni obserwacji jeszcze w ciągu dwóch godzin.

4. H. L., 2 lata. Krztusiec dziecka wywołuje zamieszanie i niepokój w całym domu. Pod wpływem czopków z Luminalu dziecko się uspokaja a z niem i otoczenie.

5. J. S., 6 miesięcy. Neuropatja dziedziczna. Pryszczyca całego ciała i silne swędzenie. Matka i dziecko krańcowo wyczerpane. Pod wpływem czopków poprawa objawów neuropatycznych. Odpowiednie leczenie skóry.

6. H. K., 9 miesięcy. Neuropatja i odoskrzelowe zapalenie płuc. Matka bezradna, wyczerpana i zdenerwowana oddaje dziecko pod opiekę babki, która uważa, że bez czopków wychowywanie dziecka wogóle byłoby niemożliwe.

7. K. K., 7 tygodni. Dziecko przedwcześnie urodzone. Skłonność do stanów kurczowych. Pod wpływem czopków i kąpieli tlenowych znaczna poprawa.

8. Th., 1 rok. Ciężki stan drgawkowy. Po stosowaniu czopków wyleczenie.

9. G. L., 3 miesiące. Odoskrzelowe zapalenie płuc po „kaszlu kurczowym". Często trzeba było stosować owijanie gorczyczne, którego nie można było zaniechać również i podczas snu po Luminalu. Ostatecznie wyleczenie.

10. A. L., 2 lata. Odoskrzelowe zapalenie płuc po „kaszlu kurczowym". Owijania gorczyczne i czopki z Luminalu.

11. M. Sch., 2 lata. Odoskrzelowe zapalenie płuc. Podczas leczenia czopki. Wyleczenie.

12. G. T., 1 rok. Odoskrzelowe zapalenie płuc z neuropatją. Pochodzi ze środowiska neuropatycznego. Wyleczenie.

Działanie uspokajające Luminal-Natrium jest już oddawna znane i było przedmiotem wielu prac zwłaszcza ze strony neurologów. W pedjatrji można uważać za nowe wskazanie dla Luminalu, że umożliwia odpoczynek zarówno wyczerpanemu chorobą dziecku jak i przemęczonej troską i czuwaniem matce.

Dr. Benno Heydolph.

W sprawie nie posiadających smaku mikstur dla obniżenia gorączki.

W praktyce dziecięcej zapisywanie salicylanów lub pochodnych pyrazolonowych in substantia jako proszków lub tabletek okazuje się często nieodpowiedniem, gdyż mali pacjenci, zwykle bardzo podrażnieni z powodu choroby, nie dają się przeważnie w żaden sposób nakłonić do zażycia lekarstwa. Najchętniej zapisuje się wówczas mikstury, gdyż przez dodanie środka poprawiającego smak, udaje się nam uczynić lekarstwo stosunkowo znośnem dla wybrednego pacjenta.

Prawie wszystkie zwykle stosowane środki przeciwgorączkowe posiadają jednak pewien niepożądany przykry posmak, którego nie jesteśmy wstanie pokryć nawet przez dodanie większej ilości soku malinowego. Z tego względu zasługuje na uwagę, że pewien związek bardzo zbliżony do Pyramidonu, a mianowicie Novalgina, wyróżnia się swym prawie zupełnym brakiem wszelkiego smaku i dzięki temu nadaje się znakomicie do stosowania w praktyce dziecięcej. Rozpuszczalność Novalginy w wodzie jest doskonała. Dodanie zaś jeszcze niewielkiej ilości syropu z cukru i pomarańczy lub nalewki

z anyżu umożliwia nam zapisanie mikstury z Novalginy, którą nawet najwybredniejsze dzieci chętnie biorą i która wyróżnia się szybkim wpływem w kierunku obniżenia gorączki i uśmierzenia bólu. W praktyce dziecięcej najlepiej zapisywać Novalginę według następujących recept:

Rp.	Novalgini	1,0 — 3,0
	Sir. simpl.	3,0
	Tinct. Anisi	2,0
	Aq. dest. ad	100.0

M. D. S. 3—4 razy dziennie po łyżeczce do herbaty.

albo też:

Rp.	Novalgini	1,0 — 3,0
	Sir. simpl.	30,0
	Tinct. Aurant.	1,0
	Aq. dest. ad	100,0

M. D. S. 3—4 razy dziennie po łyżeczce do herbaty.

Doskonała rozpuszczalność Novalginy pozwala nam na stosowanie jej z korzyścią również i przy zapisywaniu mikstur lub kropel na kaszel także i dla dorosłych. Cenne spotęgowanie skuteczności leczenia przez dodanie pochodnej pyrazolonu, Novalginy, okazuje się bardzo łatwem również i dzięki temu, że zapisujemy środek wykrztuśny i przeciwgorączkowy nie oddzielnie w dwóch różnych postaciach, lecz łączymy je w jednej miksturze, gdyż w odróżnieniu od wielu innych środków przeciwgorączkowych Novalgina bardzo łatwo przechodzi do roztworu, a poza tem nie wpływa wcale ujemnie na smak lekarstwa. Oto są wypróbowane przepisy:

Rp.	Novalgini	3,0 — 5,0
	Mixt. solvent. ad	200,0

M. D. S. Co 2 godziny łyżkę stołową.

Rp.	Infus. Rad. Ipecaccuan. e 0,5 — 175,0	
	Novalgini	3,0 — 5,0
	Liq. Ammon. anisati	5,0
	Sir. simpl. ad	200,0

M. D. S. Co 2 godziny łyżkę stołową.

Rp.	Codeini phosphorici	0,1 — 0,2
	Novalgini	3,0 — 5,0
	Aq. Am. am.	2,0
	Aq. dest. ad	20,0

M. D. S. Co 2 godziny po 20 kropel.

Dr. A. Richter.

O chemoterapji raka.

Chorzy na raka znoszą naogół bez żadnych zaburzeń dożylne wstrzykiwania nawet stosunkowo dużych dawek błękitu izaminowego. Jedynie w bardzo rzadkich przypadkach wstrzykiwania te wywołują gorączkę, która zmusza do przerwania zastrzyków na przeciąg kilku dni. Podskórne lub domięśniowe zastrzyki wywołują silne bóle i wchłaniają się niedostatecznie. Podobnie jak i *Roosen* stwierdził *Malowan* w doświadczeniach na myszach, że błękit izaminowy nagromadza się nie w tkance samego guza. W przypadkach raka skóry często spostrzegano, że błękit izaminowy skupia się zwłaszcza wokoło nowotworu, względnie wokoło przerzutów. Niebieskie zabarwienie skóry, występujące po zastosowaniu 1 g na przeciąg krótszego lub dłuższego czasu, może się utrzymywać nawet do 3 miesięcy.

Również i *Voegeli* stwierdził niebieskawe zabarwienie skóry po wstrzyknięciu ogółem 1,2 g błękitu izaminowego w przypadku raka sutka. Dookoła całego guza wytworzyło się pasmo szerokości 3 cm (przyrakowe pasmo zabarwienia). Maleńkie miejscowe przerzuty skórne, których poprzednio nie można było jako takich rozpoznać, były mocno zabarwione na niebiesko, co zwróciło uwagę na te przerzuty i umożliwiło ich naświetlanie. O skuteczności tego leczenia nie można na razie powiedzieć jeszcze nic pewnego, gdyż zarówno leczenie jak i obserwacja danej pacjentki trwają nadal.

S. L. Malowan,

Zakład badania raka, Berlin. (Schweiz. med. Wo. 1931, Nr. 13.)

A. Voegeli,

Zakład Rentgenowski, Zurych (Ibid.)

O leczeniu zawrotów głowy.

Jeżeli przy leczeniu zawrotów głowy brom, chinina i skopolamina zawodzą, wówczas wskazanem jest wypróbowanie Luminalu (2 razy dziennie po 0,05 g) lub innych pochodnych kwasu barbiturowego, które bardzo często sprawiają znakomitą ulgę. Jeżeli napady zawrotów głowy należy uważać za równoważniki padaczki, wówczas stosuje się z powodzeniem brom i Luminal. Na szum w uszach pomagają czasami zastrzyki pilokarpiny, przy szumach centralnego pochodzenia — wodan chloralu (3 razy dziennie po 0,25 g).

Prof. S. Erben.
(Wien klin. Wschr. 1931, Nr. 4.)

W sprawie uśmierzania bólu przy nerwobólu nerwu trójdzielnego.

Wiadomo, że Gardan oddaje znakomite usługi przy leczeniu nerwobólów i gośca; poniższy przypadek opisuję jedynie w tym celu, aby wykazać jak istotnie szybkiem i pewnem jest działanie przeciwbólowe Gardanu.

Zgłosił się do mnie profesor gimnazjalny z prośbą o poradę z powodu nadzwyczaj silnych bólów w zakresie 2-ej i 3-ej gałęzi nerwu trójdzielnego. — Dokuczliwe bóle twarzy zupełnie uniemożliwiały choremu jedzenie: od 3 dni pacjent przyjmował tylko płynne pokarmy. Na chorej stronie nie mógł wcale leżeć. Badanie przedmiotowe żadnych zmian w zębach i uchu środkowem nie wykazało. Wrażliwość na ucisk w okolicy foremen infraorbitale i w obrębie mięśnia skroniowego, zwłaszcza cała okolica żwaczy aż do zewnętrznego przewodu słuchowego niesłychanie bolesna. Nadwrażliwe są nawet nerwy skóry twarzy. Uspokoiłem zatrwożonego pacjenta i zapisałem mu Gardan. Po obiedzie tegoż dnia zgłosił się on do mnie po raz drugi i doniósł mi uszczęśliwiony, że wszystkie jego bóle i dolegliwości ustąpiły odrazu po zażyciu zaledwie 2 tabletek Gardanu po 0,5 g.

Dr. O. Linder, Grac.

O arterjografji.

Jako środek kontrastowy dla uwidocznienia na zdjęciu rentgenowskiem tętnic, wstrzykiwali autorzy dotętniczo Abrodil (20 — 40 cm^3). Arterjografję stosowano dopiero po ścisłem ustaleniu wskazania i po wyczerpaniu wszelkich innych zabiegów rozpoznawczych i leczniczych. Zapomocą arterjografji udaje się uwidocznić wyraźnie niedrożność obwodowych naczyń lub zwężenie ich światła oraz rozstrzygnąć rozpoznanie różniczkowe tła niedrożności (Arteriosclerosis-Endarteritis?), jak również określić szerokość światła naczyń i stopień zwężenia. Głównem wskazaniem do arterjografji jest wykrycie znajdującego się w tętnicy zatoru. Również i w przypadkach obwodowych tętniaków metoda powyższa daje wiele cennych wskazówek i ułatwia technikę zabiegu. Dożylne wstrzykiwania Abrodilu stosuje się z powodzeniem również i dla ścisłego rozpoznawania chorób żylnych (żylaki). — U wielu chorych stwierdzano bezpośrednio po dotętniczem wstrzyknięciu natychmiastowe ustąpienie bólów. Chorzy, którzy poprzednio z powodu bólów wcale nie byli wstanie opuszczać łóżka, mogli chodzić kilka godzin i odzyskiwali zdolność do pracy. Poprawę stwierdzano również i w odpowiednich zmianach obrazu kapilaroskopowego.

Dr. Kollert, dr. Demel i dr. Sgalitzer.
(W. M. W. 1931, Nr. 8.)

O leczeniu nadciśnienia tętniczego organicznym związkiem fosforowym.

W ciągu $2^3/_4$ lat autor leczył Tonophosphanem 67 chorych, dotkniętych nadciśnieniem różnego pochodzenia. Tonophosphan jest to przeznaczony do wstrzykiwań związek fosforowy, będący z chemicznego punku widzenia solą sodową kwasu dwualkiloaminoarylofosfinowego. *Oliver* rozpoczynał od dawki 0,25 cm^3. Przy ciśnieniu bardzo wysokiem (około 280 mm Hg) wstrzykiwał on co 3 dni małe dawki, aż ciśnienie obniżyło się do 200, a następnie już tylko raz na tydzień. Wyniki okazały się zupełnie zadowalniające.

Oliver jest przekonany, że w wielu wypadkach działanie Tonophosphanu poprostu uratowało życie chorym. W ciągu tych 4 lat, od czasu gdy autor stosuje Tonophosphan, nie spostrzegano ani jednego przypadku, któryby nie zareagował na leczenie Tonophosphanem. Jako jedyny objaw działania ubocznego stwierdzano czasami zwiększenie wydzielania z błony śluzowej nosa oraz bóle głowy.

Dr. Oliver

(Medical World, 1930, Nr. 15.)

O pobudzaniu wytwarzania kostniny zapomocą preparatów tarczycowych.

Już przed wielu laty *Baumann* zauważył, że w Szwajcarji złamania kości zrastają się gorzej i wolniej niż w okolicach, w których wola zdarzają się rzadziej. Z tego powodu autor podawał chorym, dotkniętym złamaniem kości, wapno i fosfor, dzięki czemu udawało się przyspieszać zwolnione wytwarzanie się kostniny. Od jesieni r. 1918 *Baumann* systematycznie podaje preparaty gruczołu tarczowego, które wpływają pomyślnie na szybsze tworzenie się kostniny. Najlepsze wyniki osiągano przy kombinowanem leczeniu tyreoidyną i proszkiem kostnym. W ten sposób leczono dotychczas 300 przypadków złamań. Od r. 1923 nie spostrzegano już ani jednego przypadku wytworzenia się pseudoartrozy. Chorzy znosili naogół tyreoidynę doskonale, jedynie w nielicznych przypadkach trzeba było zaniechać jej podawania. Tyroksyna okazywała na zrastanie się kości wpływ bardzo mały. O wiele lepiej działały tabletki z tarczycy, Glandulae Thyreoidae sicc. oraz nowy preparat gruczołu tarczowego, Elityran.

Dr. E. Baumann,

Szpital Wattwil (Zbl. Chir. 1931, Nr. 11.)

ZJAZDY i KURSA.

2—14 listopada 1931. Kurs medycyny wewnętrznej w Dreźnie.

7—10 listopada 1931 r. XII-y Międzynarodowy Zjazd Psychoanalityczny odbędzie się w Interlaken.

9—19 listopada 1931 r. Kurs dokształcający z zakresu wielkich syndromów sercowych w Paryżu.

Międzynarodowe kursy dokształcające w Berlinie. Związek berlińskich docentów dla dokształcania lekarzy projektuje urządzenie przy pomocy Wydziału lekarskiego Uniwersytetu berlińskiego tudzież Instytutu „Das Kaiserin Friedrichhaus" na wiosnę 1932 r. następujących kursów:

Kurs z rentgenologji, tydzień położniczo-ginekologiczny, kurs dokształcający dla chirurgów, kurs z zakresu chorób wewnętrznych, kurs z zakresu chorób zawodowych ze szczególnem uwzględnieniem orzecznictwa, kurs dla okulistów.

Wszelkich wyjaśnień w sprawie tych kursów udziela: Geschäftsstelle der Dozentenvereinigung für ärztliche Fortbildung — Berlin, NW. 6, Luisenplatz 2 — 4, Kaiserin Friedrich-Haus.

16—28 listopada 1931. Kurs z chirurgji i jej dziedzin pokrewnych w Dreźnie.

30 listopada — 12 grudnia 1931. Międzynarodowy kurs dokształcający z neurologji i psychjatrji ze szczególnem uwzględnieniem lecznictwa, urządzony przez wiedeński wydział lekarski.

7 grudnia 1931. Kurs porad małżeńskich w Dreźnie.

Redaktor:
Mr. Tadeusz Haładewicz

Wydawca:
Dom Agenturowy „REMEDIA", Warszawski, Fulde i S-ka

Warszawa, ul. Hipoteczna Nr. 5. Skrzynka pocztowa Nr. 748.
Cena prenumeraty rocznie zł. 6, półrocznie zł. 3.
Odbito w drukarni Galewski i Dau, Warszawa, ul. Ordynacka Nr 6.

SPIS RZECZY ZA 1931 ROK

(SPIS AUTORÓW)

(TREŚĆ PRAC)

DLA POZAJELITOWEGO LECZENIA ARSENOWEGO



SOLARSON

zapewnia szybkość działania i całkowite wykorzystanie arsenu. Dobra tolerancja, brak miejscowego działania drażniącego i przykrego zapachu z ust.

OPAKOWANIE ORYGINALNE:

Pudełka po 12 i 50 amp. po 1 i 2 cm³.



OPTARSON

wykazuje prócz działania Solarsonu szybki wynik pobudzającego działania strychniny. Poprawia stan ogólny i prowadzi do szybkiego wzmocnienia sił psychicznych. Wskazany przy stanach astenicznych i hipotonicznych, czynnościowych zaburzeniach krążenia krwi i układu nerwowego. Wstrzykiwania niebolesne i nie drażniące.

OPAKOWANIE ORYGINALNE:

Pudełka po 12 i 50 amp. po 1 cm³.

»Bayer-Meister Lucius«

LEVERKUSEN n. R.

Wyłączna Reprezentacja na Rzeczpospolitą Polską:

Dom Agenturowy „REMEDIA". WARSZAWSKI, FULDE i S-ka

WARSZAWA, Hipoteczna Nr. 5 — skrzynka pocztowa 748.